

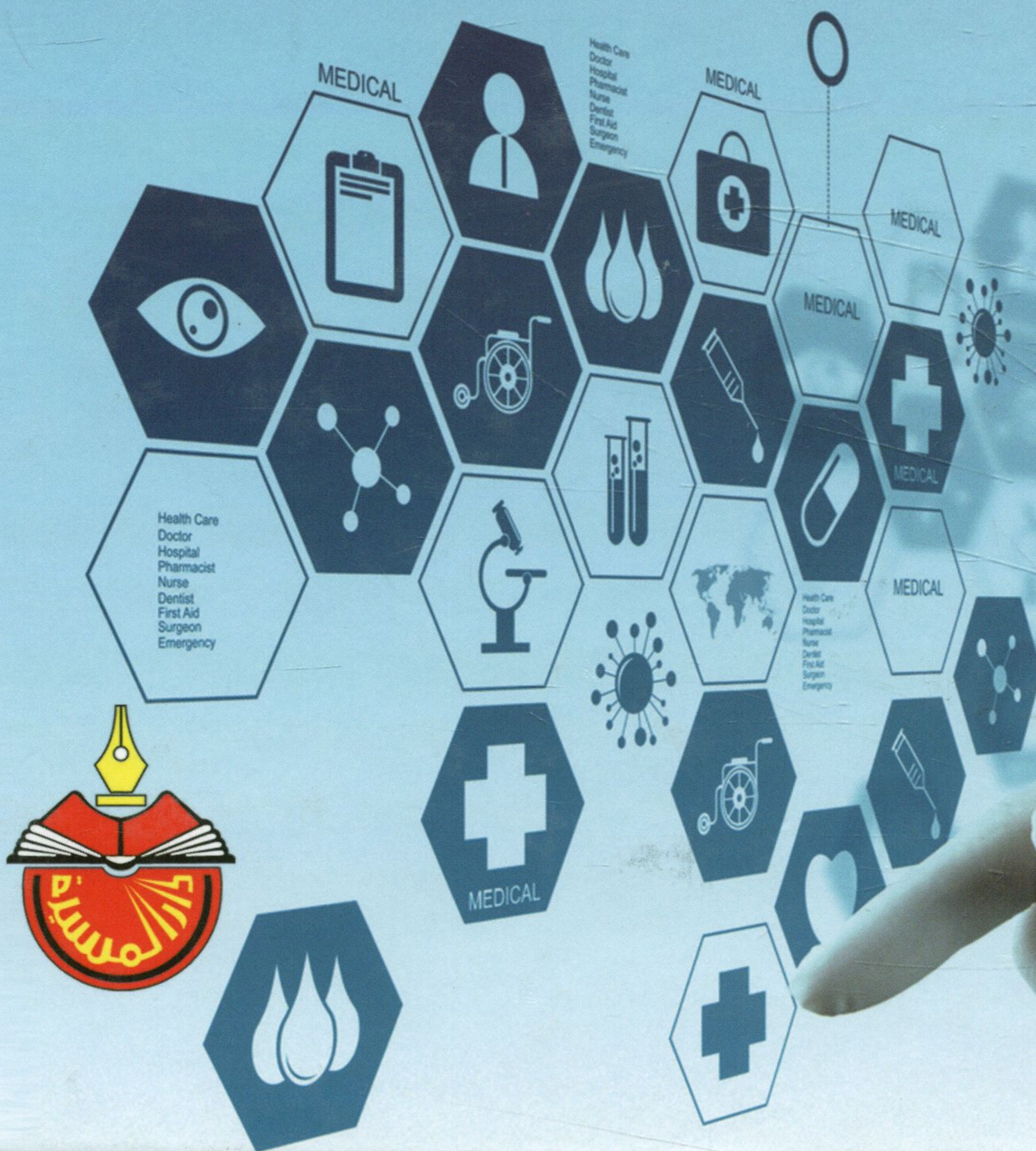
تسويق خدمات الرعاية الإستشفائية والطبية

MARKETING OF HOSPITAL & MEDICAL CARE SERVICES

الأستاذ الدكتور

فريد توفيق نصيرات

كلية الأعمال - الجامعة الأردنية







دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo

بسم الله الرحمن الرحيم

تسويق خدمات الرعاية الإستشفائية والطبية

MARKETING OF HOSPITAL & MEDICAL CARE SERVICES

رقم التصنيف : 658.8

المؤلف ومن هو في حكمه : فريد توفيق نصيرات

عنوان الكتاب : تسويق خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية

رقم الإيداع : 2013/7/2380

الواصفات : التسويق/ الرعاية الطبية/ الخدمات الصحية/ الإدارة

بيانات النشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى 2014م – 1435هـ

دار المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه

عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي هاتف : 5627049 6 962+ فاكس : 5627059 6 962+

الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البتراء هاتف : 4640950 6 962+ فاكس : 4617640 6 962+

صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: info@massira.jo . Website: www.massira.jo

تسويق خدمات الرعاية الإستشفائية والطبية

MARKETING OF HOSPITAL & MEDICAL CARE SERVICES

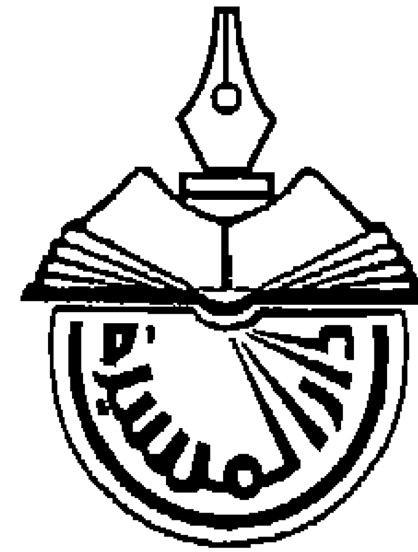
الأستاذ الدكتور

فريد توفيق نصيرات

كلية الأعمال - الجامعة الأردنية

تم تأليف هذا الكتاب أثناء إجازة التفرغ العلمي الممنوحة للمؤلف من الجامعة الأردنية للعام الجامعي

2012-2011



الإهداء

لكل من كرس حياته لتخفيف الألم والمعاناة عن أهل الابتلاء.

لوالديَّ. "وقل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا".

لزوجتي كفاح والأبناء

د. أسيل، د. أديل، د. لين، م. عاصم، د. سلام.

لانا، آية ، احمد، بهاء الدين.

الفهــرس

الفصل الأول
الاتجاهات والواقع التسويقي في مستشفيات القطاع الخاص في الأردن

الفصل الثاني

الملامح العامة للصناعة الاستشفائية في الأردن وخصوصية الصحة والخدمة الصحية

الفصل الثالث

استعمالية الخدمات الصحية والاستشفائية

الفصل الرابع
التخطيط والتسويق الاستراتيجي
للرعاية الاستشفائية

الفصل الخامس

الخدمة الاستشفائية / المنتج

الفصل السادس

سعر الخدمة الاستشفائية / العوض

الفصل السابع
الوصول للخدمة وسهولة منالها
الخدمة / التوزيع

الفصل الثامن

الترويج

الفصل التاسع
الاتجاهات المستقبلية لإنتاج وتقديم وتسويق الخدمات الاستشفائية

قائمة النماذج أو الأشكال

قائمة الجداول

المقدمة

لم تعد وظيفة التسويق مقتصرة على منشآت الصناعة والأعمال، بل امتدت ممارستها في المنظمات الخدمية عموما، بما في ذلك منظمات الصناعة الاستشفائية وخاصة في ظل بيئة تتسم بالمنافسة الحادة من اجل ضمان البقاء والنمو واثبات الذات بالتميز. وجدير بالذكر أن التسويق ليس موضوعا جديدا على الصناعة الاستشفائية وخدمات الرعاية الطبية. بل هو اسم جديد لأنشطة مألوفة اعتادت المستشفيات القيام بها بعلم أو بغير علم منها، مثل استقصاءات رضا الزبائن عن الخدمات التي تقدمها، وتقييم الصورة الذهنية والسمعة العامة لها لدى زبائنها،وجمع المعلومات الشخصية والديموغرافية عن المرضى وتحديد حاجات المجتمعات المخدومة وتخطيط وتطوير الخدمات لتلبية هذه الحاجات. فحقيقة الأمر أن التسويق يتضمن اتخاذ قرارات أساسية حول طبيعة عمل المنظمات وخدماتها التي ستقدمها، ولمن ستقدم وطريقة تقديمها وتوزيعها.....الخ. فهذه الأنشطة التسويقية تتم ممارستها فعليا في المستشفيات إلا أنها كانت عائمة دون أن تنتظم تحت مسؤولية وحدة أو دائرة محددة.

وعلى ضوء التغير الكبير في بيئة الصناعة الصحية واشتداد المنافسة بين منظمات الخدمة الاستشفائية والرعاية الطبية خلال السنوات القليلة الماضية، أدرك العديد من إداراتها الحاجة الملحة لتطوير إدارة متخصصة في التسويق الصحي، لاعتماد بقائها على قدرتها على الاستجابة لحاجات عملائها وتطوير خدمات جديدة وذات جودة عالية .... كما أن القدرة على العمل بكفاءة

سيعتمد على قدرتها على تحديد الأسواق المستهدفة بخدماتها والوصول إليها من خلال فتح قنوات اتصال فعالة معها.

إن مفاهيم وتقنيات التسويق المعاصرة سيكون لها تأثير إيجابي وكبير على المستشفيات في مساعدتها على بناء صورة ايجابية وتطوير فهم أفضل لحاجات عملائها والقدرة على تطوير وترويج خدمات جديدة تحظى بالقبول والرضا من قبل الجمهور المستهدف. واستشعارا لأهمية موضوع التسويق الصحي وحاجة المنظمات الاستشفائية له، فقد تم بحمد الله تأليف هذا الكتاب تلبية لحاجة الممارسين والدارسين لهذا الموضوع، ولسد شيء من النقص في المكتبة العربية. وتضمن الكتاب تسعة فصول.

الفصل الأول: واقع التسويق في المستشفيات الخاصة الأردنية ويشخص واقع الممارسات التسويقية المعمول بها في هذا القطاع.

الفصل الثاني: المعالم العامة للصناعة الاستشفائية في الأردن وخصوصية الخدمة الصحية وتميزها عن السلع والخدمات الأخرى

الفصل الثالث: موضوع استعمالية الخدمة الاستشفائية والطلب عليها والمفاهيم المرتبطة بها.

الفصل الرابع: موضوع التخطيط والتسويق الاستراتيجي الصحي.

الفصل الخامس وحتى التاسع: تتناول عناصر المزيج التسويقي.

ويختتم الفصل التاسع باستشراف التطورات والاتجاهات المستقبلية للخدمات الاستشفائية في الأردن.

وقد اجتهدت في هذه الفصول التسعة لعرض الموضوع بشكل مبسط تيسيرا على الدارسين والممارسين ودون إخلال بجوهر الموضوع، مع اعتذاري عن أي خلل أو قصور وهو موجود لا محالة.

وفوق كل ذي علم عليم

وما توفيقي إلا بالله.

المؤلف

الفصل الأول

الاتجاهات والواقع التسويقي في مستشفيات القطاع الخاص الأردني

أهداف الفصل التعليمية

مقدمة

ماهية ومفهوم التسوق

تطور فلسفة إدارة التسويق

اهمية ودور التسويق في المؤسسات الاستشفائية

الملخص

الفصل الأول

الاتجاهات والواقع التسويقي في مستشفيات القطاع الخاص الأردني

أهداف الفصل التعليمية

يهدف هذه الفصل إلى التعرف على اتجاهات مديري المستشفيات الخاصة نحو تبني مفهوم التسويق المعاصر. ومدى ممارسات الأنشطة التسويقية في هذه المستشفيات. وبعد دراسة هذا الفصل يتوقع من الطالب/ الدارس أن يكون قادرا على:

1. التعرف على اتجاهات مديري المستشفيات نحو مفهوم التسويق المعاصر ومدى الأخذ بهذا المفهوم في الممارسة التسويقية الفعلية.
2. تحديد ووصف الممارسات الفعلية للأنشطة التسويقية في المستشفيات الأردنية من حيث وجود قسم للتسويق في البناء التنظيمي، تحديد ودراسة الأسواق المستهدفة،تطوير الخدمات، القيام بأبحاث السوق، وقنوات التوزيع ، وسياسات التسعير.

مقدمة

شهدت الصناعة الاستشفائية في العشرين سنة الماضية اهتماما متزايدا في تبني ممارسة المفهوم الحديث للتسويق. وهو عبارة عن تفكير إداري يقوم على أن المهمة الأساسية لأي مؤسسة أعمال أو مؤسسة خدمية تتمثل في تحديد رغبات وحاجات الأسواق المستهدفة، وتكييف أوضاعها لتلبية هذه الاحتياجات والرغبات بكفاءة اكبر مما يقدمه المنافسون.

وقد شهد القطاع الصحي الخاص الأردني، ورغم الظروف الاقتصادية الضاغطة، نموا ملحوظا في السنوات القليلة الماضية. حيث زاد عدد المستشفيات الخاصة من 32 مستشفى عام 2000 إلى 52 مستشفى عام 2012. ويمتلك هذه القطاع ما يقارب 40٪ من مجمل الطاقة السريرية في الأردن وحوالي 35٪ من مجموع العمليات الجراحية ومن مجموع المرضى الذين تم إيواؤهم عام 2012. وعلى ضوء زيادة حدة المنافسة في هذا القطاع، والتحول نحو اقتصاد السوق، وصغر حجم السوق الاستشفائي الأردني، فمن المفترض أن تهتم هذه المستشفيات بتبني وممارسة أساليب التسويق الحديث.

لذلك يأتي هذه الفصل ليلقي الضوء على اتجاهات المسئولين في المستشفيات الخاصة الأردنية نحو مدى تبني وتطبيق المفهوم الحديث للتسويق. ويستند هذا الفصل إلى دراسة استطلاعية قام بها المؤلف وزميله حول هذا الموضوع (نصيرات، وضمور1997).

ورغم قدم هذه الدراسة نسبيا إلا انه وبحكم اطلاع المؤلف وتعامله المستمر مع هذا القطاع فإن المعلومات الواردة في الدراسة لا تزال ذات مصداقية. وتعطي وصفا صحيحا نسبيا. لا سيما وان الأطباء لا زالوا هم من

يدير هذه المستشفيات، وما زالت الظروف الاقتصادية الضاغطة والصعبة لم تتغير.

ماهية ومفهوم التسوق

يعرف التسويق بأنه (الطريقة التي بواسطتها تـوائم المؤسسة بين أفرادها ومواردها المادية والمالية من ناحية وبين حاجات ورغبات عملائها من ناحية أخرى). (Walter & Bergiel, 1992)

ويعرف التسويق من قبل الجمعية الأمريكية للتسويق AMA

بأنه العملية الإدارية المسئولة عن التعرف والتوقع وإشباع حاجات ومتطلبات المستهلك بشكل مفيد. وفي جوهر تعريف التسويق يبرز لنا ما يسمى بمفهوم التسويق والذي يستخدمه المسؤولون في معظم أنواع المؤسسات كاتجاه عام لتفكيرهم وتنفيذ أعمالهم.

كما يعتبر ركيزة أساسية تساهم في نجاح المؤسسات وتقدمها. وعند ممارسة هذا المفهوم فان الملامح الأساسية التي تميز مؤسسة ذات توجه تسويقي عن مؤسسة ذات توجه آخر هي: (Cowell, 1994)

أولاً: إن التسويق هو قبل كل شيء (موقف أو مسألة ذهنية) بمعنى أن أهمية العميل هو الهاجس الوحيد لجميع قرارات المؤسسة،وان وجودها وقوام حياتها يعتمد عليه.

ثانيا: إن التسويق هو(وسيلة لتنظيم المؤسسة). ومرة أخرى فان نقطة البداية للبناء المؤسسي هو العميل، والتأكد من أن الخدمة قد قدمت له بأكثر الطرق فعالية وجدوى،فجميع القرارات الأخرى المتعلقة بالبناء المؤسسي

يجب أن تتمحور حول العميل وان تعمل على جذبه والتأكد من توافر عنصر الرضا والقبول لديه حول سياسة وخدمات المؤسسة.

ثالثا: إن التسويق (يتكون من سلسلة من الأنشطة) فالمؤسسة التي تدرك دائما وتعترف بأهمية العميل بالنسبة لها، لابد أن تقوم بمجموعة من الأنشطة الضرورية لضمان تلبية احتياجات العميل، والتي من أهمها:

1. تحديد حاجات ورغبات العملاء وتقسيم السوق.
2. تطوير وابتكار وتوزيع الخدمات التي تلبي هذه الاحتياجات المحددة والتي تتلاءم مع وجهة نظر المؤسسة نحو العملاء.
3. تسعير الخدمات والقيام بالاتصال بالعملاء لتعريفهم بالخدمات التي تقدمها المؤسسة.
4. تقييم ومراقبة نجاح المؤسسة أو فشلها في تلبية احتياجات العملاء ومواجهة التغيرات والتحديات سواء من قبل المنافسين أو أية تغيرات أخرى تحدث في البيئة.

تطور فلسفة إدارة التسويق

إن من المهم التعرف على الاتجاهات المختلفة لإدارة النظام الخدمي الصحي والتي من خلالها نستطيع إدراك مفهوم التسويق بصورة أفضل وهي على النحو الآتي:

أ. مفهوم الخدمة The service concept

إن الاتجاه الأول والذي استخدم كمرشد لأنظمة المؤسسات الاستشفائية يرتكز على أن العميل (ويعني به الأطباء في جميع الحالات وذلك لاعتماد المستشفيات على الأطباء كزبائن رئيسيين لها ويقومون بتحويل المرضى إلى

المؤسسة التي يختارون) سيفضل تلك الخدمات والتسهيلات الجيدة،وبالتالي فإن جهودا تسويقية قليلة جدا قد تكون مطلوبة لتحقيق استعمالية أكبر لخدمات ومنشآت المؤسسات الصحية من قبل العملاء (الأطباء). وهذا الاتجاه يفترض بأنه لا داعي لتصميم اتصال ذي معنى لمستخدمي النظام، إنما اختيار أماكن ميسرة لتوزيع الخدمة أو تسعيرها الخدمة بصورة مغرية سيجعل العملاء

الأطباء: يفضلون التعامل مع مستشفى على غيرها. لكن هذا الاتجاه قد لا يضمن بقاء هذه المؤسسات إذا فشل مقدم الخدمة في تلبية حاجات ورغبات طالبي الخدمة (المرضى).

ب. مفهوم البيع The selling concept

ويبدو أن هذا المفهوم هو السائد في معظم المؤسسات الهادفة للربح ولا يزال المفهوم الرئيس في إرشاد فلسفة الإدارة، فهو يفترض بأن مستخدمي النظام (الأطباء والمرضى) عادة لا يستخدمون التسهيلات بكفاية ما لم يتم الوصول إليهم بجهود بيعة وترويجية مكثفة.

وهذا يعني أن الخدمة تباع ولا تشترى، أي بيع ما يمكن إنتاجه وليس إنتاج ما يمكن بيعه ولأسباب أخلاقية وغياب حافز الربح تاريخيا في قطاع الرعاية الصحية فإن هذا المدخل قد يكون غير مقبول في الخدمة الصحية.

ج. مفهوم التسويق The marketing concept

لقد ظهر هذا المفهوم في أواخر الخمسينات من القرن العشرين الماضي وهو بشكل أساسي يرتكز على عنصر التبادل. فمفهوم التسويق للخدمة الصحية يعني بأن إدارة النظام تقبل بأن تكون المهمة الأساسية للنظام هي تحديد حاجات ورغبات السوق أو الأسواق المستهدفة وبناء النظام بطريقة تحقق

مستوى الرضا (الإشباع) المطلوب. وهذا يتطلب وضع خطة فعالة لبحوث التسويق لهدف تحديد الحاجات والرغبات والقيم، كما أن الأنشطة المرتبطة ببعضها بصورة مباشرة أو غير مباشرة في السوق المستهدفة يجب أن تكون تحت سيطرة تسويقية متكاملة. وإذا كان النظام الصحي ناجحا في إشباع حاجات العميل فان النتيجة هي تكرار الاستخدام والولاء للنظام.

فنظام التسويق يختلف عن مفهوم البيع، فمفهوم البيع يبدأ بأنظمة الخدمة ويعتقد بأنه من خلال وسائل البيع المحفزة سيتم تحقيق مستوى الاستخدام المطلوب، أما مفهوم التسويق فيبدأ بحاجات العملاء الحاليين أو المتوقعين ويخطط لمجموعة من البرامج المنسقة والخدمات لتلبية تلك الحاجات والرغبات والقيم، وبالتالي تتحقق أهداف النظام من خلال إشباع حاجات العملاء.

أهمية ودور التسويق في المؤسسات الاستشفائية

لم تعد وظيفة التسويق قاصرة على المنشآت الصناعية، إنما تعدت لتمتد ممارستها في منشآت الخدمات. وخصوصا في ظل بيئة تتسم بالتنافس من اجل البقاء واثبات الذات بالتميز والانفراد. ويقول أحد الكتاب (Gold Smith, 1998).

(إن هنالك حاجة ملحة لإدارة المستشفيات لتطوير إدارة متخصصة للتسويق، فبقاء المستشفيات في المستقبل سيعتمد على قدرة استجابتها لحاجات العملاء وذلك من خلال تطوير خدمات مبتكرة وذات نوعية... وان القدرة على العمل بكفاءة سيعتمد على تحديد الأسواق التي هي معدة للخدمات الجديدة والوصول إلى هذه الأسواق من خلال اتصال فعال، كما أنها تعتمد على عملية تقييم المؤسسة لعملياتها)

ويقول كاتب آخر (بأن مفاهيم ووسائل التسويق سيكون لها تأثير ايجابي على المستشفيات في مساعدتها في بناء صورة ثابتة وتطوير فهم أفضل لحاجات المجتمع والقدرة على تطوير وترويج خدمات جديدة). (Kottler, 1982)

وبسبب زيادة المنافسة في بيئة الخدمة الصحية، وتغيرات تحول المستهلكين وزيادة التشريعات الحكومية، فإن العديد من المستشفيات ستواجه بعض مشاكل الأعمال التجارية الهادفة للربح، فالطلب على الخدمة كان سابقا يزيد على العرض المتوفر، أما الآن فأن العلاقة بين الطلب والعرض قد اختلفت، وبالتالي فإن الإدارة ستعتمد على التسويق لمساعدتها لحل هذه المشاكل.

ويقول (Caron, 1988) (تاريخيا) أن معظم المستشفيات ظهرت كاستجابة لطلب سهل تحديده من برامج وخدمات للمرضى، هذا الطلب نشأ في محيط اجتماعي ضيق، أما اليوم فإن زبائن المستشفيات لا يحددون بسهولة، ففي الواقع فإن المستشفى يجب أن يستجيب لعدة أطراف كثيرة منها الأطباء والعملاء والتنظيمات النقابية، والمزودين والمؤسسات الحكومية والتشريعية وأرباب العمل والصناعة وصناديق التأمين الصحي والمنافسين، والمجتمع المخدوم وغيرهم من ذوي المصالح. وبالتالي فإن التسويق هو الذي يكشف ويؤثر بشكل مباشر على تصورات الأفراد والجماعات والمؤسسات الذين يرغب المستشفى بناء علاقات معهم. وبشكل عام فإن أهمية وظيفة التسويق في المؤسسات الاستشفائية يمكن أن تنعكس في المجالات التالية:

1. **المواءمة بين العرض والطلب:** فالمستشفيات باستخدام بحوث التسويق تستطيع أن تحدد أفضل الخدمات الممكن إنتاجها، وتحديد أية فئة من فئات العملاء تستخدم هذا النوع من الخدمات، وأماكن تواجدها، وما هو الحجم المناسب

لاستخدامها والذي يعتمد على عوامل أخرى واجبة الدراسة غير عامل الطاقة الإنتاجية للمستشفى.

2. **التسويق يخلق المنافع:** فالجهود التسويقية تسعى إلى إزالة الفجوات والفواصل الإدراكية والزمنية والمكانية في السوق، فكلما زادت درجة هذه الفواصل وحجمها زادت الجهود التسويقية المطلوبة، ولكسر هذه الفواصل تقوم وظيفة التسويق بخلق مجموعة من المنافع التي من أهمها العمل على توفير الخدمة في المكان المناسب وفي الوقت المناسب و بالسعر المناسب.

3. **دعم التخصص:** أي التخصص في الإنتاج والتفنن في إتقان وتطوير ما يمكن إنتاجه،أي التوجه نحو تطوير خدمات صحية محددة وأكثر فعالية.

4. **إشباع الحاجات والرغبات الحالية والمتوقعة للمستفيدين:** من الخدمات الاستشفائية وتطوير خدمات صحية جديدة تستفيد من التكنولوجيا. حيث يساعد ذلك على تطوير مستوى المعيشة لأفراد المجتمع. ويقول ايرلاند بأن المفتاح لنجاح أي مؤسسة في الوقت الحاضر وفي المستقبل وخصوصا المستشفيات يعتمد جزئيا على قدرتها علي التقييم بدقة واستمرار حاجات مختلف الشرائح التي تستخدمها. (Ireland 1987).

وفيما يلي نورد نتائج الدراسة الاستطلاعية والتي تبين كيفية الممارسة التسويقية ومحتواها في مستشفيات القطاع الخاص الأردني على النحو التالي:

1. **اتجاهات المديرين نحو مفهوم التسويق الحديث**

في هذا الجزء تم تحليل البيانات الخاصة باتجاهات المديرين نحو مفهوم التسويق الحديث وأهميته، حيث يوضح جدول رقم (1) أن غالبية المستشفيات موضع الدراسة تتفق على أن الهدف الأساسي للمستشفى يجب أن يركز على

دراسة احتياجات العملاء (المرضى) ومحاولة تلبية تلك الحاجات إلى جانب تحقيق ربح مناسب،وترى أيضا أن العميل (المريض) يجب أن يكون هو المحور الأساسي لجميع قرارات المؤسسات الصحية. ويبدو من العبارة رقم (5) من نفس الجدول وجود اتفاق عام على أن المنافسة بين المستشفيات قد زادت من أهمية ممارسة نشاط تسويقي. ولعل ما يفسر آراء مديري المستشفيات حول المفهوم الحديث للتسويق هو نظام القيم المشترك والمتعارف عليه في قطاع الخدمات الصحية والذي يؤكد على أن المريض هو أهم شخص في بيئة المستشفى ولولا المريض لما وجد المستشفى أصلا ولما كانت هنالك حاجة للأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين ولعل ما يعزز هذه القيم هو نظام التعليم في برامج الإدارة الصحية والذي يؤكد حقيقة كون المريض محور كافة الأنشطة التي تتم في المستشفى ونقطة تركيزها. إضافة إلى تركيز برامج التعليم هذه على ضرورة الاستجابة لحاجات المرضى الحاليين والمحتملين من خلال فهم وتحديد حاجاتهم ورغباتهم الحالية والمستقبلية.

وفيما يتعلق باتجاهات المديرين نحو المعاني البديلة التي وضعها الباحثان لأهمية التسويق في المستشفيات الصحية، تشير نتائج الجدول السابق إلى أن 80٪ من مجتمع الدراسة يرون أن أنشطة التسويق لا تتعارض مع طبيعة أهداف مؤسساتهم الصحية، في حين بلغت نسبة من يرون بأن القيود القانونية والأخلاقية هي التي تحد من استخدام أنشطة التسويق في مجال القطاع الصحي ونسبة من يرون بأن التسويق له دور محدود في مجال الخدمات التي تقدمها مؤسساتهم كانت 65,8٪ و 54,3٪ على التوالي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بسوء الفهم أو الخلط بين مفهوم التسويق ومفهوم البيع وهذا يمكن الاستدلال عليه من العبارتين رقم 11,6 في نفس

الجدول السابق حيث تشير البيانات الواردة فيهما إلى أن 60٪ من مجتمع الدراسة يرون بأن التسويق هو نشاط بيعي ولا يمكن للمستشفيات بيع الخدمة الصحية كما تفعل المؤسسات الصناعية والخدمية الأخرى.

والشيء المتوقع بالنسبة للباحثين هو أن تتفق نسبة عالية من المبحوثين على العبارة رقم (4) في نفس الجدول، والتي تفيد بأن العميل سوف يقطع الطريق حيث الخدمة الصحية الأفضل مما يعكس فلسفة التوجه بالمنتج (product orientation) وتسابق المستشفيات نحو تطوير خدماتها والاهتمام بجودتها بالدرجة الأولى بغض النظر عن ما يحتاجه العملاء بالفعل ولعل ما يفسر التوجه هو الطابع الربحي لمستشفيات القطاع الخاص مما يجعلها تركز على تطوير خدماتها ومنتجاتها والاهتمام بجودتها بهدف زيادة أرباحها بغض النظر عما يحتاجه المرضى والمجتمعات المحلية. وفي أوقات كثيرة تلاحظ أن الممارسات التجارية قد تدفع بعض المؤسسات الصحية إلى التوقف عن إنتاج بعض الخدمات الصحية الضرورية أو الامتناع عن تقديمها أصلا بسبب ارتفاع تكلفتها وانخفاض مردودها المادي مثل خدمات الطوارئ. فهنالك حوالي 15٪ من مؤسسات مجتمع الدراسة لا تقدم مثل هذه الخدمات.

جدول رقم (1)

اتجاهات المديرين نحو مفهوم التسويق الحديث

العبارات	غير موافق جداً 1 العدد	٪	غير موافق 2 العدد	٪	لا أدري 3 العدد	٪	موافق 4 العدد	٪	موافق جداً 5 العدد	٪	الوسط الحسابي	اجمالي العدد	٪
1. إن نشاط التسويق يتعارض مع طبيعة وأهداف مؤسستنا الصحيه.	4	11.4	24	68.6	1	2.9	4	11.4	2	5.7	2.314	35	100
2. إن نشاط التسويق أكثر أهميه في المؤسسات الصناعيه والخدميه من المؤسسات الصحيه.	1	2.9	6	17.1	1	2.9	16	45.7	10	28.6	3.824	34	97.1
3. إن التسويق يهتم أساساً بإثارة الطلب على الخدمه وزيادة بيعها.	2	5.7	5	14.2	4	11.4	16	45.7	7	20	3.618	34	97.1
4. إن العميل يعرف الطريق إلى المؤسسة الصحيه التي تقدم الخدمه الفضلى.	1	2.9	8	22.9	2	5.7	12	37.1	11	31.4	2.714	35	100
5. إن المنافسه بين المؤسسات الصحيه العامله في القطاع قد زادت من أهمية ممارسة نشاط التسويق.	2	5.7	1	2.9	2	5.7	24	68.6	5	14.3	3.853	34	97.1
6. إن التسويق هو نشاط بيعي للخدمه الصحيه دون النظر لحاجات ورغبات العملاء.	10	28.6	18	51.6	2	5.7	3	8.6	1	2.9	2.029	34	97.0
7. إن العميل "المريض" يجب أن يكون المحور الأساسي لجميع قرارات المؤسسات الصحيه.	2	5.7	0	—	12	5.7	13	37.1	17	48.6	4.265	34	97.1

العبارات	غير موافق جداً 1 العدد	٪	غير موافق 2 العدد	٪	لا ادري 3 العدد	٪	موافق 4 العدد	٪	موافق جداً 5 العدد	٪	الوسط الحسابي	اجمالي العدد	٪
8. إن العملاء الرئيسين للمؤسسه الصحيه هم الأطباء وبالتالي لا تحتاج هذه المؤسسه ما تحتاجه المؤسسات الصناعيه والخدميه الأخرى من خدمات تسويقيه.	4	14.4	6	17.1	4	11.4	16	45.7	3	8.6	3.176	34	97.1
9 إن التسويق له دور محدودٌ في مجال الخدمات التي يقدمها المستشفى.	2	8.6	6	17.1	7	20	18	51.	1	2.9	3.229	35	97.1
10. إن القيود القانونيه والأخلاقيه هي التي تحد من ممارسة التسويق في القطاع الصحي.	2	5.7	4	11.4	6	17.1	15	42.9	8	22.9	3.657	35	100
11. إن الهدف الأساسي للمؤسسه الصحيه يجب أن يركز على دراسة احتياجات العملاء (المرضى) ومحاولة تلبيتها مع تحقيق ربح مناسب.	0	—	2	5.7	1	2.9	16	45.7	16	45.7	4.324	35	100
12. التسويق هو نشاط بيعي ولا يمكننا كمستشفيات بيع الخدمه الصحيه كما تفعل المؤسسات الصناعيه الخدميه الأخرى.	4	11.4	8	22.9	2	5.7	12	34.3	12	34.3	3.486	35	100

وفي ضوء ما سبق يمكننا القول بأنه على الرغم من إدراك المديرين لأهمية التسويق ودوره الفعال في المنافسة، وكذلك اعتبار احتياجات العملاء ورغباتهم المحور الأساسي الذي يجب أن تدور حوله قرارات المستشفيات نجدهم أيضا ينظرون إلى التسويق على انه نشاط بيعي، وان له دورا محدودا في مجال الخدمات الصحية كما نجدهم أيضا ينظرون إلى التسويق على انه تقديم أفضل خدمة صحية للعملاء على الرغم من أن الاهتمام بجودة الخدمة ما هو إلا عنصر من عناصر المزيج التسويقي والذي يجب أن يعمل بصورة متكاملة ومترابطة لتلبية احتياجات العملاء ورغباتهم مع تحقيق الأهداف الكلية للمستشفى.

بعبارة أخرى فإن الآراء التي أدلى بها بعض المديرين والتي تلخص وجهات نظرهم حول التوجه التسويقي وإشباع حاجات العملاء ورغبات عملاء المستشفى مبالغ فيها. ولا تعكس الاتجاهات الحقيقية نحو مفهوم التسويق الصحي. فهنالك خلط ملحوظ لدى المسئولين حول مفهوم هذه الوظيفة، حيث إن الغالبية ما زالت تدرك بان التسويق الصحي ما هو إلا نشاط بيعي أو تقديم خدمات بجودة عالية أخذه بمفهوم التوجه بالبيع أو التوجه بالمنتج.

2. الممارسة الفعلية للأنشطة التسويقية في المستشفيات

نستعرض في الصفحات اللاحقة الأنشطة التسويقية التي تمارسها المستشفيات الأردنية من حيث مدى وجود قسم تسويق، السوق المستهدف،تطوير الخدمة،بحوث السوق،الترويج ،التوزيع،التسعير.

أ. مدى وجود قسم مستقل للتسويق:

توضح النتائج الواردة في جدول رقم (2) إلى أن أكثر من 88,6٪ من حجم مجتمع الدراسة لا يوجد لديهم قسم أو وحدة متخصصة للقيام بمهام

التسويق، في حين أفادت ما نسبته 11,4% على وجود هذا القسم. ويمكن تفسير هذه النتيجة إما بسبب حداثة هذه الوظيفة بالمستشفيات أو لعدم توافر الكوادر العلمية المتخصصة في مجال تسويق الخدمة الصحية، أو لعدم اقتناع المالكين لهذه المؤسسات بأهمية وجود وحدات تنظيمية متخصصة في التسويق ولكون المالكين هم على الأغلب متخذي القرارات وليس الإداريين.

جدول رقم (2)

مدى وجود قسم وحدة مستقلة للقيام بمهام التسويق

الإجابة	العدد	٪
نعم	4	11.4
لا	31	88.6

ب. سياسة السوق المستهدف:

كما يبدو من الجدول رقم (3) أن ما نسبته 80٪ من حجم الدراسة لا يقومون بأعداد خطط تسويقية سنوية.وهذا السؤال عام يرتبط بجميع عناصر المزيج التسويقي.إلا أننا لو نظرنا للعناصر الرئيسة في سياسة السوق المستهدفة،نلاحظ بأن 45.7٪ فقط من المستشفيات تقوم بتحديد السوق المستهدفة لخدماتها وأن 74.7% منها تقوم دوريا بدراسة حاجات ورغبات العملاء في السوق المستهدفة وعلى الجانب الآخر فقد اظهر تحليل البيانات على أن الغالبية العظمى من المستشفيات موضع الدراسة لا تتبع سياسة تجزئة السوق. حيث بلغت نسبتهم 8٪ كما أن 8,6% فقط من مجتمع الدراسة يعتمد على دراسات ميدانية كدراسة خصائص العملاء، وهذا يعكس ضعفا شديدا في

اتباع هذه السياسة. وكما يلاحظ أن المؤسسات لا تزال بعيدة عن اتباع المنهج العلمي في دراسة السوق المستهدفة.

جدول رقم(3)

التوزيع النسبي لسياسة السوق المستهدف

الفقرة	الإجابة	التكرار	النسب المئوية
1. هل تقوم مؤسستكم بإعداد خطه تسويقية سنوية	نعم	6	17.1
	لا	28	80
	عدم إجابة	1	2.9
			100%
2. هل يحدد المستشفى السوق المستهدف لخدماته	نعم	16	45.7
	لا	18	51.4
	عدم الإجابة	1	2.9
		35	100%
3. هل يقوم المستشفى بدراسة حاجات ورغبات عملائه في السوق المستهدفة دوريا	نعم	26	74.3
	لا	7	20
	عدم الإجابة	2	5.7
		35	100%
4. هل يقوم المستشفى بتجزئة السوق المستهدفة	نعم	4	11.4
	لا	28	80
	عدم الإجابة	3	8.6
		35	100%
5. إذا كانت الإجابة على سؤال (4) نعم ما هي الأسس المتبعة في تجزئة السوق (مثال الجنس والعمر ... الخ) (سؤال متعدد الإجابة)	الجنس	3	8.6
	العمر	3	8.6
	الحالة الاجتماعية	2	5.7
	الدخل	2	5.7

النسب المئوية	التكرار	الإجابة	الفقرة
8.6	3	منطقة السكن	
8.6	3	المستوى التعليمي	
2.9	1	المنفعة المرجوة	
2.9	1	المهنة	
ــــــ	ــــــ	جمع بيانات منشورة	6. ما هي الطريقة الأكثر استخداما في المستشفى عند دراسة خصائص ورغبات العملاء في السوق المستهدفة
8.6	2	إجراء دراسات ميدانيه	
2.9	1	كلاهما	
ــــ	ــــ	قسم الدراسات والأبحاث	7. من هي الجهة المسؤولة عن دراسة خصائص العملاء في السوق المستهدفة .
ــــ	ــــ	قسم التسويق	
2.9	1	مكاتب متخصصة	
8.6	2	أخرى	

3. تطوير الخدمات الصحية الجديدة:

لأغراض هذه الدراسة تم التعامل مع أربعة جوانب أساسية تتعلق بتطوير الخدمات الجديدة وهي الأسباب التي تدفع المستشفيات إلى تطوير خدمات جديدة؟ومرحلة اقتراح الأفكار لأول مرة والجهات التي تتولى عملية التطوير إضافة إلى مرحلة اختبار السوق لما يقدم من خدمات صحية جديدة قبل تقديمها بالشكل النهائي.

أ. الأسباب الدافعة إلى تطوير خدمات جديدة

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (4) للفقرة رقم (1) إلى أن ما نسبته 88,6٪ من حجم مجتمع الدراسة يرى بأن السياسة العامة للمستشفى في تقديم الأفضل هو الدافع الرئيس لتطوير خدمات جديدة، كما أن الدافع الذي يليه في الأهمية هو بناء السمعة الجيدة والمحافظة عليها،ومن جهة أخرى، فإن ما نسبته 22.6٪ يرون بأن الدافع هو الاستجابة لطلب العملاء. وهذه النتيجة تتفق مع ما ذكرناه سابقا وهو أن غالبية المستشفيات تندفع في تطوير خدماتها دون النظر للاحتياجات الفعلية للعملاء مما يجعلها بعيدة عن المفهوم الحديث للتسويق ممارسة.

ب. اقتراح الأفكار لتطوير خدمات جديدة

تشير بيانات الجدول رقم (4) للفقرة رقم (2) إلى أن المديرين العاملين والأطباء في المؤسسات الصحية كان لهم النصيب الأكبر في عملية اقتراح الأفكار الجديدة،حيث بلغت نسبة المؤسسات الصحية التي أشارت إليهم 62,9٪ (أي 22 مستشفى)، أما الاعتماد على المصادر الأخرى لاقتراح الأفكار الجديدة كالعملاء (المرضى) والأبحاث والدراسات فقد بلغت نسبة الاعتماد عليها 37,1٪، 11,3٪ على التوالي. وهذه النتيجة تعني بأن المستشفيات تعتمد اعتمادا كبيرا على المصادر الداخلية (الإدارة والعاملين والأطباء) في تطوير خدماتها مقارنة بالمصادر الخارجية (العملاء...الخ) الأمر الذي يقلل من قدرة هذه المستشفيات على الاستجابة لحاجات ورغبات عملائها.

جدول رقم(4)

التوزيع النسبي لسياسة تطوير الخدمة الصحية

الفقرة	الإجابة	التكرار	النسب المئوية
1. ما هي العوامل التي تدفع الشركة إلى تطوير خدمات جديدة.	-الاستجابة لطلب العملاء	10	28.6
	-الاستجابة لاستراتيجيات المستشفيات المنافسة	6	17.1
	-السياسة العامة للمستشفى في تقديم الأفضل	31	88.6
	-بناء السمعة الجيدة والمحافظة عليها	22	62.9
	-أخرى	2	5.7
2. أي من الجهات التالية تقوم بتزويد المستشفى بأفكار لتطوير خدمات جديدة.	-الإدارة العليا	22	62.9
	-المرضى	13	37.1
	-المالكون	14	40
	-الأطباء	19	54.2
	-دائرة الأبحاث والدراسات	5	14.2
	-أخرى	3	8.6
3. من هي الجهة التي تتولى عملية البحث والتطوير في مؤسستكم	-دائرة البحث والتطوير	1	2.9
	إدارة التسويق والمبيعات	1	2.9
	- لجنه داخليه	0	———
	- قسم خدمة العملاء والعلاقات العامة	6	17.1
	- أخرى (الإدارة)	2	60

الفقرة	الإجابة	التكرار	النسب المئوية
4. هل يقوم المستشفى بإجراء اختبار للخدمة الصحية الجديدة قبل تقديمها على نطاق شامل	نعم	19	54.3
	لا	16	45.7
5. هل تعتبر مؤسستكم مواكبه للمؤسسات الصحية الأخرى في تطوير خدمات جديدة.	نعم	17	48.6
	لا	15	42.8
	عدم إجابة	3	8.6

ج. الجهات التي تتولى عملية التطوير

أما الجهات التي تتولى علمية تطوير الأفكار الجديدة وترجمتها إلى خدمات فعلية،فتشير بيانات الجدول رقم (4) الفقرة (3) إلى أن معظم المستشفيات التي هي مجال الدراسة تعتمد على الإدارة العليا في تخطيط الأفكار الجديدة وتنفيذها ومتابعتها وتحويلها إلى خدمات تقدم للعملاء حيث وجد أن هنالك مستفيدين فقط من مجتمع الدراسة تتولى فيهما دائرة البحث والتطوير هذه المهمة ويستدل من ذلك على ضعف دور التسويق في هذه العملية أو عدم الاهتمام بوظيفة بحوث التسويق بشكل عام.

د. اختبار السوق للخدمات الجديدة

تبين من الدراسة انه لا يوجد تطبيق واسع لمفهوم اختبار السوق الذي يعني ردود فعل عينة من العملاء الحاليين أو المحتملين حول ما يقدم من خدمات صحية جديدة وقبل تقديمها بشكل نهائي، حيث تشير البيانات الواردة في الجدول رقم (1) للفقرة رقم (4) إلى أن 54.3٪ فقط من مجتمع الدراسة يقومون بعملية اختبار السوق للخدمة الجديدة في حين أفادت ما نسبتها 45,5٪ من المستشفيات محل الدراسة بأنهم لا يقومون بعمل أي اختبار للسوق وقد يكون السبب عدم معرفة هذه المؤسسات بأهمية وإجراءات اختبار السوق أو إلى عدم وجود وحدات تسويقية متخصصة في هذه المؤسسات أو إلى عدم مواجهة المستشفيات لأية صعوبات في عرض خدماتها بسبب وجود الطلب الكبير على خدماتها.

4. بحوث ودراسات السوق:

تشير البيانات الواردة في جدول رقم (5) إلى أن الغالبية العظمى من المستشفيات الأردنية العاملة في القطاع الخاص (أي ما نسبته 97,1٪) لا يوجد لديها قسم أو وحدة متخصصة للبحوث والدراسات بالرغم من أهميتها (أي أقسام بحوث ودراسات السوق) في تنفيذ محتوى مفهوم التسويق الحديث والذي يقوم على دراسة حاجات ورغبات العملاء الحاليين والمحتملين قبل تقديم أي خدمات، وقد يكون السبب لحداثة وظيفة التسويق إذا ما قورنت بالأنشطة الصحية الأخرى.

واتضح من الدراسة أن 80٪ من إجمالي المستشفيات محل الدراسة تقوم بدراسات تسويقية في مجال بحوث السوق ومثل هذه النتيجة تشير إلى أن هناك

ممارسة فعلية لوظيفة بحوث التسويق من قبل بعض المستشفيات أما في ما يتعلق بنوعية هذه الدراسات فقد أوضحت النتائج في الجدول نفسه إلى أن أهم الدراسات هي:

1. استطلاع آراء ومواقف العملاء حول الخدمة الصحية المقدمة (95,2٪).
2. دراسة رغبات وحاجات العملاء (80٪).
3. دراسة الظروف البيئية والتنافسية (71,4٪).
4. دراسة رضا العملاء عن الخدمات الصحية (91,4٪).

وفي بيان لأهم الأسباب التي لا تجعل المستشفيات (محل الدراسة) تقوم بوظيفة بحوث السوق، فقد جاءت بالترتيب كما هي ملخصة في الجدول (5) الفقرة (4) على النحو التالي:

1. عدم وجود أفراد أو قسم متخصص بهذا النشاط.
2. الاعتماد على الخبرة في تحديد حاجات السوق.
3. ارتفاع تكلفة إجراء البحوث.
4. عدم وجود صعوبة في بيع الخدمة الصحية كون الأطباء هم الزبائن الحقيقيين.
5. عدم وجود مؤسسات استشارية للقيام بهذه المهمة.
6. عدم وجود صعوبة في بيع الخدمة الصحية بسبب الطلب الكبير عليها.
7. الأبحاث غير المفيدة.

هذا وتشير البيانات الواردة في نفس الجدول الفقرة (4)، إلى أن ما نسبته 17,1٪ فقط أي (6 مستشفيات) تقوم بتخصيص ميزانية محددة للدراسات والأبحاث التسويقية وهذه النتيجة تعني أن دور بحوث السوق لا زال ضعيفا في

المستشفيات الأردنية على الرغم من ادعاء هذه المستشفيات بالاهتمام بالدراسات التسويقية.

جدول رقم (5)

التوزيع النسبي للبحوث دراسات التسويق

الفقرات	الإجابة	التكرار	النسب المئوية
1. ما مدى وجود ميزانية محددة للدراسات والأبحاث التسويقية.	نعم	6	17.1
	لا	29	82.9
2. نوع الأبحاث والدراسات التي قامت بها مؤسستكم.	استطلاع آراء ومواقف العملاء حول الخدمة المقدمة	30	95.7
	دراسة رغبات وحاجات العملاء	28	80
	دراسة الظروف البيئية والتنافسية	25	71.4
	اختبار مدى قبول العملاء للخدمات الصحية الجديدة	21	60
	دراسة إمكانية فتح فروع جديدة	9	25.7
	رضا العملاء من الخدمات الصحية	32	91.4
		2	5.7
3. هل يوجد قسم مستقل للدراسات وبحوث السوق	نعم	2	5.7
	لا	33	94.2

الفقرات	الإجابة	التكرار	النسب المئوية
4. أهم الأسباب التي تجعل المستشفى لا يقوم بوظيفة بحوث السوق (الترتيب)	1. التكلفة	164	الترتيب 3
	2. الاعتماد على الخبرة	175	2
	3. تحديد حاجات السوق	58	7
	4. الأبحاث غير مقيدة	54	8
	5. محاولات التطوير في الخدمات الصحية قليله	51	9
	6. لا توجد صعوبة في بيع الخدمات بسبب الطلب الكبير عليها	140	6
	7. لا توجد صعوبة في بيع الخدمة الصحية حيث إن الأطباء هم الزبائن الحقيقيون	152	4
	8. عدم وجود أفراد متخصصين/ قسم متخصص لهذه الوظيفة	191	1
	9. عدم وجود مؤسسات استشارية	148	5
	10. أخرى	21	10

5. الترويج في المستشفيات الأردنية:

أ. مدى وجود قسم مستقل لمهام الترويج

تشير البيانات الواردة في جدول رقم (6) الفقرة (1) إلى وجود ما نسبته 54,3٪ من المستشفيات لديها قسم مستقل أو وحدة منتظمة تتولى مهام الترويج وهذه الوحدة هي قسم العلاقات العامة بينما بلغ عدد المستشفيات التي لا يوجد فيها هذا القسم 15 مؤسسة صحية (أي ما نسبته 47,7٪). وهذا قد يعني أن الترويج في المستشفيات لا زال دوره ضعيفا وان المهام الترويجية التي تقوم بها تلك المؤسسات لا زالت محدودة في ظل التشريعات والقوانين ذات العلاقة. أو قد يعود إلى حقيقة ضعف شعور هذه المستشفيات بالحاجة إلى الترويج إما بسبب ضعف عامل المنافسة في هذا القطاع أو بسبب اعتماد هذه المستشفيات على شهرة الأطباء أو كليهما معا.

ب. أدوات الترويج المستخدمة:

توضح المعلومات المتوفرة إلى أن المستشفيات الأردنية محل الدراسة تستخدم أكثر من وسيلة لترويج خدماتها حيث يحتل الإعلان - كأداة ترويجية - المرتبة الأولى بين الأدوات المختلفة،حيث تبين أن 13 مستشفى من إجمالي عدد المستشفيات محل الدراسة (أي ما نسبته 37,1٪) تستخدم الإعلان كوسيلة ترويجية بينما تحتل العلاقات العامة والبيع الشخصي المرتبة الثانية والثالثة على التوالي (انظر جدول 6 الفقرة 3).

كما تشير نفس البيانات الواردة في نفس الجدول إلى أن أهم وسيلة إعلانية تستخدم من قبل المستشفيات هي الصحف والمجلات في المرتبة الأولى ثم

المؤتمرات والندوات في المرتبة الثانية أما الوسائل الأخرى كالتلفزيون والإذاعة فهي قليلة الاستخدام.

نلاحظ مما تقدم بأن المستشفيات تتوفر لديها بعض القناعة بأهمية دور الترويج في التعريف بمختلف الخدمات التي تقدمها من خلال استخدام وسائل الترويج المختلفة. أما فيما يتعلق بأهم الأهداف التي تسعى المستشفيات إلى تحقيقها من وراء استخدام وسائل الترويج فهو إعلام وتبليغ الجمهور في المرتبة الأولى ثم تحسين الصورة العامة للمستشفى في المرتبة الثانية (انظر الجدول 6).

ج. ميزانية الترويج:

أما بالنسبة لتخصيص ميزانية سنوية للترويج في المستشفيات فإن الفقرة (8) من الجدول رقم (6)، تظهر بأن غالبية المستشفيات التي شكلتها الدراسة لا توجد لديها ميزانية محددة للترويج، وقد بلغت نسبة هذه المستشفيات 63,1٪. وهذا يعني أن المستشفيات الصحية الأردنية العاملة في القطاع الخاص لا زالت بعيدة قناعة وممارسة عن تطبيق المفهوم الحديث للتسويق فيما يتعلق بهذا العنصر المهم من عناصر المزيج التسويقي.

د. أنشطة ترويجية أخرى:

تشير البيانات الواردة في جدول رقم (6) الفقرة (7) على وجود 16 مستشفى من إجمالي عدد المستشفيات محل الدراسة تقوم بتوزيع نشرات ومعلومات عن المستشفى وخدماتها للمرضى والمراجعين والزوار بينما بلغ عدد المؤسسات التي لا تقوم بهذه المهمة 19 مستشفى، أي ما نسبته 54,3٪ وعلى الجانب الآخر فقد أشارت نفس البيانات في نفس الجدول الفقرة (7) على وجود

ما نسبته 68,6٪ من مجتمع الدراسة يقوم بالاتصال بمؤسسات الأعمال من اجل تزويدها بمعلومات عن الخدمات التي تقدمها .

ه. الدورات التدريبية:

إن ما يتوقعه عملاء المستشفيات هو الحصول على أفضل إشباع ممكن نتيجة تعاملهم مع تلك المستشفيات وتحقيق هذه الغاية يرتبط بنجاح العاملين فيها على تقديم أفضل الخدمات للعملاء من حيث الكم والكيف والفترة الزمنية المناسبة.

ومن هنا تظهر أهمية إكساب الموظفين العاملين في تلك المستشفيات المهارات والقدرات الاتصالية الأساسية وغيرها.ويمكن الاستنتاج من نتائج المسح الميداني للمؤسسات محل الدراسة بأن أغلبيتها أصبحت مقتنعة بأهمية إلحاق موظفيها في مختلف الدورات التدريبية (77,1٪ من حجم مجتمع الدراسة) التي يمكن أن تساعدهم على تنمية مهاراتهم وقدراتهم الاتصالية والبيعية، بينما لا يزال هنالك سبعة مستشفيات غير مقتنعة بضرورة إلحاق موظفيها بمثل هذه الدورات كما تشير إليها البيانات الواردة في الجدول رقم (6) الفقرة (6).

جدول رقم (6)

التوزيع النسبي لسياسة الترويج

الفقرات	الإجابة	التكرار	النسب المئوية
1. هل يوجد في المستشفى قسم خاص للترويج (كوحدة علاقات عامه...)	نعم	19	54.3
	لا	15	42.9
2. هل تقوم مؤسستكم بالترويج عن خدماتها	نعم	18	51.4
	لا	17	48.6
3. إذا كانت الإجابة على السؤال (2) نعم فأية أدوات ترويج أكثر استخداماً من قبل مستشفاكم	الإعلانات	13	37.1
	العلاقات العامة	8	22.9
	البيع الشخصي	3	8.6
	أخرى	1	2.9
4. إذا كانت الإجابة على السؤال (2) نعم فأية الوسائل الإعلامية أكثر استخداماً في الترويج عن خدماتكم	التلفاز	2	5.7

الفقرات	الإجابة	التكرار	النسب المئوية
	لوحات الإعلان	5	14.3
	الإذاعة	—	—
	الملصقات والنشرات	4	11.4
	المؤتمرات والندوات	9	25.7
	الصحف والمجلات	12	34.3
	أخرى	2	5.7
5. إذا كانت الإجابة على السؤال(2) نعم فأية أهداف تلك التي يسعى المستشفى لتحقيقها من وراء الترويج	إعلام وتبليغ الجمهور	13	37.1
	تحفيز الطلب على خدمات المستشفى	5	14.3
	إقناع المرضى بخدمات المستشفى	5	14.3
	أخرى	10	28.6
		1	2.9
6. هل يقوم المستشفى بتصميم برامج تدريبيه للموظفين العاملين فيه خاصة بكيفية التعامل مع الجمهور	نعم	27	77.1
	لا	7	20
	لا إجابة	1	2.8
7. هل يقوم المستشفى بتوزيع النشرات والمعلومات عن المستشفى وخدماته للمرضى والمراجعين والزوار	نعم	16	45.7
	لا	19	54.3
8. هل توجد ميزانيه لتنفيذ مهام الترويج	نعم	22	62.8
	لا	13	37.2

6. التوزيع في المؤسسات الصحية:

يعرف التوزيع بأنه مجموعة الوظائف والأنشطة المخطط لها والتي تؤدي إلى انتقال السلع أو الخدمات من مراكز إنتاجها إلى أماكن استهلاكها أو استخدامها في الوقت والمكان المناسبين، ومن الأمور الواجب معرفتها فيما يتعلق بمجال توزيع الخدمات الصحية التعرف على أهم العوامل التي يتم الاعتماد عليها في اختيار موقع المستشفى والطريقة أو الطرق التي تعتمدها تلك المستشفيات في تقديم خدماتها.

أ. العوامل التي يتم الاعتماد عليها في اختيار موقع المستشفى:

تشير المعلومات المتوفرة والملخصة بالجدول رقم (7)، الفقرة (1) إلى أن أهم العوامل التي يتم الاعتماد عليها في اختيار موقع المستشفى جاءت بالترتيب على النحو التالي:

- حاجة المجتمع.
- توفر البنية التحتية.
- المستوى الاجتماعي والاقتصادي للسكان.
- القرب من مجتمع الأطباء.
- تكاليف شراء الأرض.

هذا وتشير البيانات الواردة في نفس الجدول للفقرة رقم (2) إلى أن أهم الأسس التي تعتمد عليها المستشفيات في اتخاذ قرار إنشاء المستشفى يعتمد على عامل نقص الخدمات الصحية في المنطقة والرأي الشخصي للمالكين في المرتبة الأولى والثانية على التوالي بينما الاعتماد على البحوث التسويقية وجد أن

أربعة مستشفيات فقط تعتمد عليها في الإنشاء من ضمن 35 مستشفى محل الدراسة.

ب. الطريقة أو الطرق المتبعة في توزيع الخدمات الصحية:

توضح البيانات الملخصة في الجدول رقم (7)، الفقرة رقم (3) إلى أن المؤسسات الصحية الأردنية محل الدراسة تستخدم أكثر من طريقة في تقديم خدماتها للعملاء والتي كان أهمها:

- وجود وحدة طوارئ (85,7٪)
- وجود أقسام المرضى الداخلية (71,4٪)
- وجود عيادات خارجية (66,8٪)

وهذه النتيجة تعني أن معظم المستشفيات تعتمد اعتمادا كبيرا على سياسة التوزيع المباشر في عرض وتقديم خدماتها داخل أسوارها بينما لا يزيد عدد المستشفيات التي تتوفر لديها عيادات في مناطق جغرافية مختلفة عن أربع مستشفيات ومستشفى واحد يوجد لديه مركز صحي خارج حرمه وهذا يعني أن غالبية المستشفيات لا زالت أسيرة ممارسات توزيع تقليدية وهي تقديم الخدمة الصحية لمن يطلبها ويسعى للحصول عليها داخل أسوارها بدلا من التفكير في توفير هذه الخدمات قريبا من أماكن تواجد العملاء قدر الإمكان عن طريق المجمعات الطبية والمراكز الصحية والعيادات المتنقلة على سبيل المثال مما يجعلها أكثر يسرا وأسهل منالا.

جدول رقم (7)

التوزيع النسبي لسياسة التوزيع

الفقرة	الإجابة	التكرار نقاط	الترتيب
1. ما هي أهم العوامل التي تم الاعتماد عليها في اختيار موقع المستشفى	توفير البنية التحتية	143	2
	حاجات المجتمع	161	1
	المستوى الاجتماعي والاقتصادي	89	3
	ثمن الأرض المقام عليها المستشفى	62	5
	القرب من مجمعات الأطباء	67	4
	أخرى	19	6
2. ما هي الأسس التي اعتمد عليها عند اتخاذ قرار إنشاء المستشفى	دراسات بحوث السوق	4	**النسب المئوية** 11.4
	الخبرة الشخصية في السوق	7	20
	دعم جهات خيريه	4	11.4
	الرأي الشخصي للمالكين	14	40
	حاجة المنطقة للخدمات الصحية	15	42.9
	أخرى	1	2.9
3. ما هي الطريقة التي	عن طريق عيادات خارجية	24	66.8

الفقرة	الإجابة	التكرار نقاط	الترتيب
يتبعها المستشفى في تقديم وتوزيع خدماته	وجود وحدة طوارئ	30	85.7
	وجود عيادات تابعه للمستشفى في مناطق جغرافيه أخرى	4	11.4
	أقسام المرضى الداخلية	25	71.4
	مراكز صحية تابعه للمستشفيات داخل وخارج حرمها	1	2.9
	أخرى (حدد ....)	1	2.9

7. التسعير في المؤسسات الصحية:

أ. طريقة التسعير:

تشير البيانات الواردة في جدول رقم (8) الفقرة (1) إلى أن أغلبية المستشفيات محل الدراسة تعتمد على أكثر من طريقة في تسعير خدماتها حيث يحتل التسعير من قبل الجهات الرسمية المرتبة الأولى بين الأسس المختلفة (أي ما نسبته 80٪ من المستشفيات تعتمد على هذه الطريقة) بينما تحتل طريقة التسعير من قبل جمعية أصحاب المستشفيات وطريقة التكلفة + هامش ربح Cost plus المرتبتين الثانية والثالثة على التوالي .

أما طريقتا التسعير على أساس المنافسة أو على أساس الملاءة المالية للمريض فلم يذكرهما إلا مستشفيان فقط من مجموع المستشفيات التي شملتها الدراسة.

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول بأن دور المستشفيات في تحديد السعر المناسب ضعيف، أي انه محدد ضمن التشريعات والقوانين ذات العلاقة.

ب. الطريقة التي يدفع بموجبها العميل الفاتورة:

أما فيما يتعلق بالطريقة التي يدفع بموجبها العميل الفاتورة فقد أظهرت نتائج تحليل البيانات كما هي ملخصة في جدول رقم (8) الفقرة (3) إلى أن أغلبية المستشفيات تعتمد على طريقتين هما : طريقة التأمين المالي المسبق وطريقة الدفع النقدي أي ما نسبته 94,3٪ بينما بلغ عدد المؤسسات التي تعتمد طريقة التقسيط في دفع قيمة الفاتورة 11 مؤسسة صحية،أي ما نسبته 31,4٪ وهذا يعني أن المستشفيات لا تزال تعطي أهمية كبرى للنواحي المالية بالمقارنة مع الاعتبارات الإنسانية وهي تركز على ضرورة قبض تامين مالي من المرضى قبل بدء العلاج، الأمر الذي قد يضر بسمعتها كمؤسسات للخدمة الإنسانية ويخلق صورة سلبية عن ممارساتها وأهدافها الربحية كما تشير البيانات إلى أن معظم المستشفيات تصر على دفع فاتورة العلاج نقدا بعد المعالجة دون محاولة منها لتخفيف العبء المالي عن كاهل زبائنها بإتباع سياسة التقسيط مثلا.

هذا وتظهر البيانات الواردة في الفقرة (2) من نفس الجدول (8) أن أغلبية المستشفيات تتيح الفرصة للمرضى للاطلاع على قائمة الأسعار قبل تقديم الخدمة.

جدول رقم(8)

التوزيع النسبي لسياسة التسعير

الفقرة	الإجابة	التكرار	النسبة المئوية
1. ما هي الأسس التي يعتمدها المستشفى في تسعير خدماته (ممكن الإجابة بأكثر من عامل)	العرض والطلب	1	2.9
	الكلفة + هامش ربح	12	34.3
	المنافسة	2	5.7
	التسعير محدد من قبل الجهات الرسمية	28	80
	الملاءة المالية للمريض	2	5.7
	التسعيرة محدده من قبل جميع أصحاب المستشفيات	12	34.3
	وجود تأمين حي لدى المريض	8	42.9
	أخرى	1	2.9
2. هل يتاح للمرضى الاطلاع على قائمة الأسعار بشكل سابق لتقديم الخدمة	نعم	30	85.7
	لا	4	11.4
3. ما هي الطريقة التي يدفع بموجبها العملاء قيمة فاتورة المستشفى . (يمكن اختيار أكثر من طريقه)	التأمين	32	91.4
	نقداً من قبل المريض	33	94.4
	التقسيط	11	31.4
	أخرى	7	20

الملخص

إن مفهوم التسويق الحديث كما هو مطبق في المستشفيات الأردنية يتمثل في تقديم خدمة ذات جودة عالية،وبالتالي فإن هذه المؤسسات ما زالت تستخدم مفهوم المنتج Product orientation وعلى الرغم من البدء في الاهتمام بتبني المفهوم الحديث للتسويق الذي انعكس في اتجاهات مديري المستشفيات حيث اختارت الغالبية منهم التعريف الذي يعبر عن المفهوم الحديث للتسويق، إلا انه لازال هناك خلط واضح بين مفهوم التسويق ومفهوم البيع، ولا يزال المفهوم الحديث للتسويق في هذه المؤسسات قولا أكثر منه ممارسة.بالنسبة لمدى تطبيق المفهوم الحديث للتسويق في المستشفيات الأردنية، فقد أوضحت نتائج الدراسة. أن أكثر من 88,6٪ من المؤسسات موضع الدراسة لا يوجد لديها قسم مستقل أو وحدة متخصصة بالقيام بمهام التسويق،وهذا يمكن أن يعزى إلى حداثة هذه الوظيفة في المؤسسات الصحية الأردنية أو لنقص الكفاءات العلمية المتخصصة في مجال تسويق الخدمات الصحية في السوق الأردنية. وان ما نسبته 80٪من حجم مجتمع الدراسة لا يقوم بإعداد خطط تسويقية سنوية،على الرغم من وجود 74,3٪ من المستشفيات تقوم بدراسة حاجات ورغبات العملاء في السوق المستهدفة بصفة دورية إلا أن الغالبية العظمى من المستشفيات لا تتبع الطريقة العلمية عند دراسة السوق المستهدفة لخدماتها.

أما بالنسبة لأهم الأسباب التي تدفع المستشفيات محل الدراسة لتطوير الخدمات الصحية الجديدة فإن السياسة العامة للمستشفى في تقديم الأفضل هو الدافع الأساسي لتطوير خدماتها كما أن الدافع الذي يليه في الأهمية هو بناء السمعة الجيدة والمحافظة عليها، أما في ما يتعلق بمصادر الأفكار فقد كان النصيب

الأكبر يأتي من العاملين والأطباء، أما المصادر الأخرى كالعملاء (المرضى) والأبحاث والدراسة فقد بلغت نسبة الاعتماد عليها 37,1٪ و11,3٪ على التوالي. إن معظم المستشفيات تعتمد على الإدارة العليا في تخطيط الأفكار الجديدة حيث لا يوجد قسم للبحث والتطوير إلا لدى مستشفيين فقط يضاف إلى ذلك أن 45,5٪ من تلك المستشفيات لا تقوم بعملية اختبار فعلية لأسواقها قبل تقديم خدماتها الصحية الجديدة بشكل واسع.

أما بالنسبة لمكانة وأهمية بحوث ودراسات التسويق، فقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن أكثر من 97,1٪ من المستشفيات الأردنية لا يوجد لديها قسم أو وحدة متخصصة ببحوث التسويق على الرغم من أن 80٪ منها تقوم بدراسات تسويقية. وفي ما يتعلق بنوعية هذه الدراسات والبحوث التي تقوم بها فقد كان أهمها :

1. استطلاع آراء ومواقف العملاء حول الخدمة الصحية المقدمة.
2. دراسة رضا العملاء من الخدمات الصحية.
3. دراسة رغبات وحاجات العملاء.

ولمعرفة أهم الأسباب التي لا تجعل بعض المستشفيات تقوم بوظيفة بحوث السوق فقد كانت:

1. عدم وجود أفراد أو قسم متخصص بهذا النشاط.
2. الاعتماد على الخبرة في تحديد حاجات السوق.
3. ارتفاع تكلفة إجراء البحوث.

أما بالنسبة للترويج فقد أظهرت نتائج الدراسة أن ما نسبته 54,3٪ من المستشفيات لديها قسم للعلاقات العامة أو وحدة متخصصة لخدمة الجمهور،

كما توضح النتائج أن المستشفيات تستخدم أكثر من وسيلة للترويج عن خدماتها،حيث يحتل الإعلان كأداة ترويجية المرتبة الأولى بين الأدوات المختلفة. أما فيما يتعلق بأهم الأهداف التي تسعى دائما إلى تحقيقها من وراء استخدام وسائل الترويج فقد جاء إعلام وتبليغ الجمهور في المرتبة الأولى ثم تحسين الصورة العامة في المرتبة الثانية.ومن الجدير بالذكر أن عدد المستشفيات المستخدمة لوسائل الترويج المختلفة لا تزيد نسبتها عن 37,1٪ وهذا يمكن أن يعزى إما للقيود القانونية والتشريعات الحكومية أو للاتجاهات السلبية بأن الإعلان في المؤسسات الصحية عمل غير أخلاقي. ومن جهة أخرى فقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن ما نسبته 77,1٪ من المستشفيات تلحق موظفيها في دورات تدريبية مختلفة لتنمية مهاراتهم وقدراتهم الاتصالية مع الجمهور.

وفيما يتعلق بالتوزيع ،فقد أظهرت نتائج المسح الميداني للمستشفيات أن أهم العوامل التي يتم الاعتماد عليها في اختيار موقع المستشفى فقد جاءت بالمقدمة حاجة المجتمع وتوفر البنية التحتية.كما تظهر النتائج إلى أن نقص الخدمات الصحية في المنطقة والرأي الشخصي للمالكين كانا أهم العوامل التي يتم الاعتماد عليها في اتخاذ قرار إنشاء المستشفى للغالبية العظمى من المستشفيات المدروسة.

إن معظم المستشفيات تعتمد اعتمادا كبيرا على سياسة التوزيع المباشر في عرض وتقديم خدماتها (كوجود وحدة طوارئ، ووجود أقسام المرضى الداخلية، ووجود عيادات خارجية) بينما لا يزيد عدد المستشفيات التي يتوفر لديها وحدات صحية في مناطق جغرافية مختلفة عن أربع مستشفيات و مستشفى واحدة يوجد لديها مركز صحي خارج حرمها.

إن أغلبية المستشفيات محل الدراسة تستخدم أكثر من طريقة في تسعير خدماتها، حيث تحتل طريقة التسعير من قبل الجهات الرسمية المرتبة الأولى، ثم تليها طريقة التسعير المحددة من قبل جمعية أصحاب المستشفيات. أما طريقتا التسعير على أساس المنافسة أو على أساس الملاءة المالية للمريض فلم تذكرهما إلا مؤسستان صحيتان فقط من مجموع المستشفيات التي شملتها الدراسة.

أما بالنسبة للطريقة التي يدفع بموجبها العميل ثمن الخدمة الصحية. فقد أظهرت نتائج الدراسة إلى أن أغلبية المستشفيات تعتمد على طريقتي التأمين المالي المسبق والدفع النقدي في تسديد قيمة الفواتير قبل مغادرة الزبائن بينما لم تشر إلى طريقة التقسيط في الدفع إلا 11 مستشفى .

الفصل الثاني

الملامح العامة للصناعة الاستشفائية في الأردن وخصوصية الصحة والخدمة الصحية

أهداف الفصل التعليمية

مقدمة

أولاً: الملامح العامة للصناعة الاستشفائية الأردنية

ثانياً: خصوصية واختلاف الخدمة الصحية عن السلع والخدمات الأخرى

الملخص

الفصل الثاني

الملامح العامة للصناعة الاستشفائية في الأردن وخصوصية الصحة والخدمة الصحية

أهداف الفصل التعليمية

بعد دراسة هذا الفصل يتوقع من الطالب/ الدارس أن يكون قادرا على:

1. تحديد ووصف الملامح العامة لقطاع الصناعة الاستشفائية في الأردن. وأثر ذلك على قدرتها التنافسية وقدرتها على ممارسة الأنشطة التسويقية المعاصرة.
2. تحديد ووصف المعوقات التي تواجه قطاع الصناعة الاستشفائية فيما يتعلق بتسويق هذه الخدمات.
3. تحديد ووصف الخصائص المميزة للخدمة الصحية عن السلع والخدمات الاقتصادية الأخرى.
4. فهم واستيعاب ومناقشة تأثير هذه الخصائص المميزة للخدمة الصحية على إدارتها وإنتاجها وتمويلها وتسويقها.
5. مناقشة مدى ملاءمة تبني وتطبيق ميكانيكيات السوق الحر في صناعة الخدمات الصحية ومنطقية التحيز ضد ميكانيكيات السوق.
6. فهم ومناقشة المسؤولية المجتمعية في إنتاج وتمويل الخدمة الصحية وضمان الوصول لها والانتفاع بها لكل من يحتاجها تحقيقا للعدالة الاجتماعية وتجسيدا للصحة كحق أساسي للجميع.

مقدمة

يهدف هذا الفصل إلى رسم صورة عامة للصناعة الاستشفائية في الأردن من خلال تحديد الملامح العامة لهذه الصناعة وما يعترضها من إشكالات تحد من فعاليتها وكفاءتها وقدرتها على تبني مفهوم وأساليب التسويق المعاصر وقدرتها التنافسية محليا وإقليميا. كما يهدف إلى مناقشة الخصائص المميزة للخدمة الصحية والتي تجعلها مختلفة عن السلع والخدمات الاقتصادية الأخرى.

أولاً: الملامح العامة للصناعة الاستشفائية الأردنية

فيما يلي وصف عام لبعض ملامح الصناعة الاستشفائية في الأردن وتأثيرها على الأداء العام لهذه الصناعة:

1. تعدد الأنظمة الصحية التي تدير وتنتج وتقدم خدمات الرعاية الاستشفائية (القطاع العام ممثلا بوزارة الصحة، نظام الخدمات الطبية الملكية التابع للمؤسسة العسكرية، القطاع الصحي الخاص،ونظام المستشفيات التعليمية).

   إن هذا التعدد في الأنظمة الصحية في بلد صغير وقليل الموارد كالأردن يشكل عبئا ثقيلا على الاقتصاد الأردني ويرفع فاتورة الإنفاق الوطني على الصحة.

   لقد شهد قطاع الاستشفاء الخاص في الأردن نموا كبيرا في السنوات العشرين الماضية حيث زاد عدد المستشفيات الخاصة من 32 مستشفى عام 2001 إلى 52 مستشفى عام 2012. أما القطاع العام فلم ينمُ بما يواكب النمو الديموغرافي خلال هذه الفترة نتيجة لقصور وتراجع الإنفاق العام على الخدمات، والتوجه الرسمي المتزايد نحو الخصخصة، وتبني ميكانيكيات السوق في إنتاج وتمويل الخدمات.كل هذا أعطى دفعا وتشجيعا للاستثمار

الخاص في الصناعة الاستشفائية. حيث يمتلك القطاع الخاص الآن 40٪ تقريبا من مجمل الطاقة السريرية في الأردن كما بلغت حصته حوالي 40٪ من مجمل العمليات الجراحية والمرضى المؤمنين في المستشفيات لعام 2012. وعلى ذلك فان القطاع الاستشفائي الخاص مؤهل لان ينتقل من دور الشريك الفاعل للقطاع العام إلى دور الريادة في الصناعة الصحية في الأردن.

2. إن غالبية المستشفيات في الأردن (عام وخاص) هي مستشفيات صغيرة الحجم وتتبع فئة الأعمال الصغيرة. وهذا يعني عدم قدرة هذه المستشفيات على الاستفادة من اقتصاديات الحجم الكبير وبالتالي ارتفاع كلفة إنتاج الخدمة الاستشفائية.

3. تعاني معظم المستشفيات الخاصة والعامة من نقص الإمكانات المالية والذي يحد من قدرتها على صيانة وتحديث المنشآت والأجهزة والمعدات والتوسع في الاستثمار. فالمستشفيات الخاصة تعتمد على إيرادات التشغيل المحدودة لتمويل عملياتها والإنفاق الرأسمالي. بينما تعتمد المستشفيات العامة على المال العام والذي يعاني من قصور مزمن، في الوقت الذي تتزايد عليه ضغوط وحاجات القطاعات المختلفة للإنفاق في ظل عجز مالي دائم ومنذ عدة سنوات.

4. صغر حجم السوق الأردني وعدم قدرته على توليد طلب كاف على الخدمات الاستشفائية الموجودة (العرض الحالي) والتخصصات الطبية الدقيقة. فمن المعروف أن هذه التخصصات مثل طب وجراحة الأعصاب وطب وجراحة القلب يحتاج كل طبيب إلى قاعدة سكانية من 100 ألف فرد لتوليد طلب يومي كاف لإشغال ساعات العيادة اليومية. يترافق ذلك مع

عدم الانتباه الكافي لأهمية السوق العربي والإقليمي (السياحة العلاجية) نتيجة لقصور أنشطة الترويج الصحي في دول الجوار ولعدم توفر الإمكانات المالية اللازمة للقيام بذلك.

5. سيطرة الأطباء على إدارة وقيادة المؤسسات الاستشفائية. حيث يدير المستشفيات أطباء ممارسون غير متفرغين للعمل الإداري، وليس لديهم معرفة باقتصاديات الخدمة وتنقصهم المعرفة والخبرة الإدارية، ولديهم مغالطات وفهم غير صحيح حول مفهوم التسويق المعاصر، وبالتالي عدم دعم أنشطة التسويق وعدم تخصيص مبالغ مالية لذلك. أما فيما يتعلق بجودة الخدمات فهنالك تقدم واضح وتركيز كبير على الجانب التقني للخدمة وقصور واضح في جانب التفاعل الشخصي والإنساني Art of care. Technicality فالأطباء كمديرين يركزون على الجودة من وجهة نظرهم. فالجودة بالنسبة لهم هي تقنية الخدمة Technicality وسلامة العملية Process وهو ما يشار إليه في الأدبيات بعبارة (نجحت العملية ومات المريض). وليس الجودة من وجهة نظر المستهلك.والصحيح أن الجودة على الأقل من الناحية التسويقية هي ما يدركه ويراه العميل وليس ما يعتقده مزود الخدمة (الطبيب).

6. النموذج الأكثر شيوعاً بل الغالب على المستشفيات الأردنية هو المستشفى العام وليس المتخصص.وهذا يعني أنها تستنسخ خدمات وبرامج بعضها البعض.مما يخلق ازدواجية في الخدمات وتدني نسب إشغال الأسرة وتعطيل جزء كبير من الطاقة الإنتاجية وبالتالي ارتفاع كلفة إنتاج الخدمة.

إن معظم هذه المستشفيات تقدم خدمات وبرامج رعاية طبية تغطي مستويات الرعاية الطبية الثلاثة (أولية، ثانوية، ومتخصصة). وتتنافس فيما بينها على سوق صغير وطلب محدود بدلا من أن تدخل في ترتيبات تعاونية وتكاملية تعود بالمنفعة عليها جميعا.فعلى سبيل المثال يمكن لمستشفى ما أن يتنازل عن خدمة أو نشاط يعاني من تدني الاستعمالية لصالح مستشفى آخر مقابل تنازل الآخر عن خدمة أو نشاط لصالح المستشفى الأول. إن من شأن هذه الترتيبات التكاملية تحسين استعمالية الأنشطة لدى الجميع. إضافة إلى إمكانية تعاونها في مجالات أخرى عديدة إكلينيكية وإدارية. (خدمات إدارية مشتركة، المشاركة في التكنولوجيا الطبية، أنظمة تحويل المرضى، شراء وتخزين موحد... الخ).

7. لا تقتصر المنافسة على مستشفيات القطاع الخاص. فالمستشفيات العامة تتنافس مع بعضها ومع القطاع الخاص لبناء السمعة وتحقيق الشهرة. وتتنافس في تقديم الخدمات والبرامج والتكنولوجيا الجديدة. وقد تبالغ في زيادة كم الخدمات المقدمة لتبرير طلب الموازنة السنوية والمخصصات المالية من الجهات الرسمية.ومن المرجح أن تشهد الصناعة الاستشفائية منافسة متزايدة وأكثر حدة في المستقبل في ظل بيئة تنافسية متنامية وضغوط مالية متصاعدة.

والمنافسة لا تأتي فقط من المستشفيات الأخرى. فكثير من الأطباء يمتلكون الآن مراكز طبية متقدمة تتوفر فيها إمكانات تكنولوجية وفنية متقدمة للتشخيص والعلاج، مما يعطيهم قوة اقتصادية تمكنهم من منافسة المستشفيات على تقديم خدمات الرعاية الثانوية والأولية.

8. رغم أن الصناعة الاستشفائية هي صناعة خدمات إنسانية (مدخلاتها الإنسان ومخرجاتها الإنسان والعملية تتم على الإنسان وبواسطة الإنسان) إلا أنها وبمقارنتها مع صناعة الخدمات الأخرى كصناعة الطيران وصناعة الفندقة والصناعة البنكية لا تهتم باختيار وتدريب وتأهيل وتحفيز العناصر البشرية العاملة فيها. فالعميل عندما يفكر في جودة الخدمة فإنه ينظر إلى الشخص الذي يقف وراء الخدمة أو يقدمها.وهذا ما تمت الإشارة إليه آنفا في قصور فن الرعاية كجانب مهم بل الأهم في تسويق الخدمة.

9. تركز معظم المستشفيات على الاعتبارات المالية عند تعاملها مع زبائنها وتقدمها على الاعتبارات الإنسانية و الأخلاقية. فكثير منها لا تقدم الخدمة إلا بعد دفع مبلغ نقدي كبير كتأمين مسبق. كما تتشدد بالتحصيل المالي عند تخريج المرضى، ولا تهتم بتخفيض العبء المالي عن كاهل زبائنها بتسهيل عملية الدفع والتحصيل. وتمتنع عن استقبال وعلاج الفقراء مما يؤثر سلبا على صورتها الذهنية لدى المتعاملين معها وسمعتها الاجتماعية .

10. عدم توفر مصادر تمويل خارجية للمستشفيات الخاصة لتمويل أنشطتها أو للتوسع أو تقديم خدمات جديدة. فلا يوجد في الأردن سوق رأسمالي لتمويل الأعمال الصغيرة. ولا يمكنها طرح أسهم للاكتتاب العام لكونها مملوكة لأفراد أو عائلات أو مجموعات صغيرة.

11. عدم توفر أجهزة بشرية متخصصة في التسويق الصحي. ويمكن للمستشفيات إذا ما توفرت لديها الإرادة الإدارية والتوجه الحقيقي نحو ممارسة أنشطة التسويق الحديث أن تتلافى هذا النقص بالتعاون مع كليات الأعمال في الجامعات لتوفير الكوادر المؤهلة للقيام بذلك.

12. ضعف أجهزة العلاقات العامة في المستشفيات. فأنشطتها تقليدية ومحدودة لا تكاد تتعدى نشاط الاستقبال والاستعلامات والإجابة عن الاتصالات الهاتفية. ولا تقوم بما هو مطلوب ومتوقع منها كإجراء استقصاءات رضا المرضى، واستقصاء سمعة المستشفى، وبحوث التسويق ...الخ. ويمكن لأجهزة العلاقات العامة إذا ما تم اختيار موظفيها من المؤهلين في مجال الصحافة والإعلام وعلم الاجتماع مع تدريب بسيط أن يقوموا بأنشطة إعلامية تخدم الأغراض التسويقية للمستشفى.

13. رغم ما يبديه بعض مديري المستشفيات في القطاع الخاص من اهتمام ووعي بأهمية التسويق، فإنهم لا يستعملون تقنيات التسويق الحديث ولا يقومون ببحوث السوق، إما لقلة الإمكانات المالية أو لعدم قدرة الطاقم الداخلي على القيام بذلك فيما لو وجد أصلا. أو لعدم توفر الدعم الفعلي من الإدارات العليا بتخصيص ما يكفي من أموال (موازنة) لتمويل أنشطة التسويق. ويمكن للمستشفيات طلب الدعم والتعاون مع كليات الأعمال للقيام ببحوث التسويق أو اللجوء الى خدمات المستشارين الخارجيين للمساعدة في تنفيذ بحوث السوق.

14. إن الكثير من مديري المستشفيات لديهم فهم غير صحيح، ومغالطات حول مفهوم البيع، ويتبنون مفاهيم غير معاصرة للتسويق. فمعظم إدارات المستشفيات من الأطباء تتبنى مفهوم التوجه بالمنتج وليس المفهوم المعاصر للتسويق. وعلى ذلك يتم التركيز على تجويد المنتج/ الخدمة ويعتقدون أن الزبائن يعرفون أين يجدون المنتج/ الخدمة الجيدة دون الحاجة إلى جهود ترويجية وتسويقية.

15. إن الطريقة المتبعة في تعويض المستشفيات(عامة،خاصة،جامعية) لا زالت ترتكز على كلفة المدخلات. وبالتالي لا توفر حافزا لإدارة المستشفى للاهتمام بكفاءة عمليات التشغيل.لا بل تشجع اللاكفاءة. فمن مصلحة المستشفى المالية زيادة كم المدخلات لزيادة الإيرادات. وعلى ذلك فإن طريقة التعويض المرتكزة على الكلفة تعاقب الكفؤ وتكافئ غير الكفؤ. وكذلك الأمر بالنسبة للمستشفيات العامة حيث تميل إلى زيادة كم الخدمات التي تقدمها للزبائن كمبرر لطلب موازنة اكبر من موازنة العام السابق.

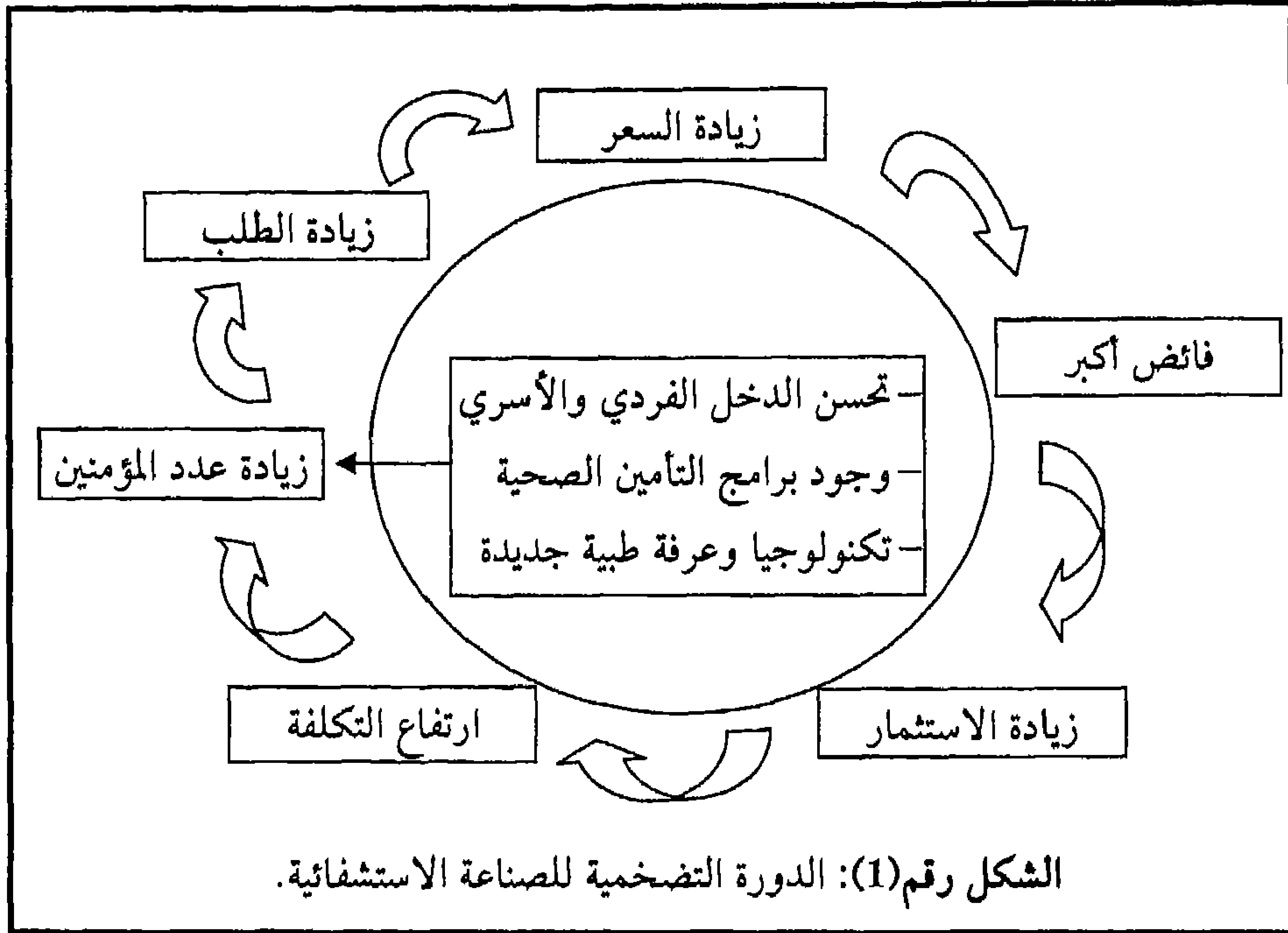
16. هنالك ثلاثة عوامل أساسية تدخل الصناعة الاستشفائية بدورة تضخمية مستمرة مسئولة عن تصاعد كلفة إنتاج الخدمة وارتفاع فاتورة الإنفاق الوطني على الصحة وخدماتها وهذه العوامل هي:

أ. تحس مستوى المعيشة والدخل الفردي والأسري.

ب. التكنولوجيا والمعرفة الطبية الجديدة.

ج. وجود برامج التأمين الصحي.

ويبين الشكل رقم (1) الدورة التضخمية لكلفة الصناعة الاستشفائية. وتشير الأدبيات إلى إجماع المهتمين باحتواء تصاعد الكلفة إلى أن التدخل والحد من ارتفاع الطلب على الخدمة هو مفتاح ضبط التصاعد المستمر لها.



الشكل رقم(1): الدورة التضخمية للصناعة الاستشفائية.

ثانياً: خصوصية واختلاف الخدمة الصحية عن السلع والخدمات الأخرى

يجمع معظم الاقتصاديين ومن مختلف أنحاء العالم على أن الصحة والخدمات الصحية تختلف عن السلع والخدمات الاقتصادية الأخرى. وأنها تتميز بخصائص تجعلها استثناءً لا ينسجم مع الافتراضات الاقتصادية للسوق الحر وبالتالي يحد من تطبيق ميكانيكيات السوق عليها. وجدير بالذكر انه قد نجد واحدة أو أكثر من هذه الخصائص في الصناعات الأخرى إلا أنها تجتمع جميعا في الخدمة الصحية. ومن الخصائص المميزة للخدمة الصحية ما يلي:

1. الحاجة للصحة

والخدمة الصحية حاجة إنسانية أساسية وتعتبر من ضرورات الحياة. تتفق معظم الدول إن لم يكن جميعها على أن الصحة هي أعظم مورد يمتلكه أي مجتمع

إنساني. وأن حاجة الفرد للخدمة الصحية هي ضرورة من ضرورات الحياة الإنسانية، والتي لا تستقيم الحياة البشرية بدونها، شأنها شأن الطعام والشراب والمأوى... الخ.

وحتى في الدول التي تتبنى وتطبق نظام السوق الحر فإن الصحة تعتبر متطلبا سابقا وأساسيا للنجاح وتحقيق الأهداف المرغوبة في القطاعات الاقتصادية الأخرى. فالمجتمع الذي يعاني من المرض واعتلال المستوى الصحي تضعف إنتاجية أفراده وتتدنى انجازاته.

وعلى ذلك فإن تحقيق المزايا الاقتصادية الكاملة للصحة يتطلب ضمان توفير الخدمات الصحية والوصول لها واستعمالها والانتفاع بها على أساس حاجة الفرد لها وليس على أساس قدرته على الدفع. وعندما تكون الحاجة هي المعيار الوحيد للحصول على الخدمة الصحية فإن ضمان الوصول إلى الخدمة واستعمالها يعتبر مسؤولية مجتمعية، ولا يمكن التخلي عنها وتركها لميكانيكيات السوق والمنافسة. وحتى في الدول التي تتبني اقتصاد السوق في الصناعة الصحية فإن المسؤولية المجتمعية بتقديم خدمات الرعاية تنهض بها جزئيا المؤسسات الصحية غير الربحية والخيرية والجهات الحكومية. ويتم ذلك من خلال توفير الخدمات المجانية للفقراء وتطبيق تسعيرة متحركة أو متدرجة لبقية أفراد المجتمع، حسب قدراتهم المالية على الدفع للخدمة. وهذا النظام لا ينسجم مع فلسفة اقتصاد السوق الذي يستعمل آلية السعر وحافز الربح لتحقيق التوازن بين العرض والطلب.

وحقيقة الأمر أن هنالك تحيزا ضد استعمال ميكانيكيات وحوافز السوق في الصناعة الصحية، بسبب تضارب مصالح المنافسين والمستهلكين بخصوص

إنتاج وتقديم خدمات أكثر مما يجب أو اقل مما يجب. وكذلك بسبب الاعتبارات الأخلاقية والإنسانية للخدمة. ولحل الإشكالية الصعبة التي تواجه الأنظمة الصحية والمتمثلة بحقيقة ندرة الموارد ولا محدودية الحاجة للخدمة الصحية وعلى اعتبار أن الحاجة هي المعيار الوحيد للوصول الى الخدمة واستعمالها تحقيقا لمتطلبات العدالة الاجتماعية فإن الوضع المثالي والمتفق عليه بين المخططين وراسمي السياسة الصحية هو:

أ. تحرير القرار الطبي من الاعتبارات المالية والاقتصادية وبذلك يتم تخصيص الموارد على أساس الحاجة الطبية وليس على أساس القدرة على الدفع.

ب. إزالة أية عوائق مالية أمام خدمات التشخيص والعلاج المبكر للأمراض.

ج. تجنب تحميل الفقراء أية أعباء مالية عند حاجتهم للخدمة، ومهما كانت ضئيلة على اعتبار العلاقة المتينة بين الفقر والمرض. فالأكثر فقرا أكثر مرضا، وأكثر حاجة، واقل استعمالا للخدمة، بسبب عدم القدرة المالية. وقد يحول المبلغ المالي الضئيل دون السعي في طلب الخدمة واستعمالها والانتفاع بها.

2. ارتفاع تكلفة الرعاية الاستشفائية الحديثة

حيث تشمل تكلفة إنتاج الخدمة تكلفة الاستثمار في الأبنية والتجهيزات والمعدات والأجهزة والمواد وتكلفة إنتاج العناصر البشرية المؤهلة بالإضافة الى تكلفة عمليات التشغيل (الكلفة الجارية). وهذان النوعان من التكلفة في ارتفاع مستمر بسبب التقدم المستمر في العلوم الطبية والتكنولوجيا وتضخم الأسعار. وبناء على ذلك فعندما تكون الحاجة للخدمة ضرورة إنسانية وذات تكلفة عالية فيجب أن لا يترك إنتاجها وتوزيعها بشكل كامل للمبادرة الفردية أو للسوق الحر خشية أن لا تنتج بالكم الكافي أو ارتفاع سعرها الى الحد الذي تصبح اكبر

من قدرات الأفراد على تحملها. ومن ناحية أخرى وفي معظم دول العالم لم يستطع القطاع الخيري وغير الربحي جمع الأموال اللازمة لتمويل نظام وطني للخدمات الصحية. وحقيقة الأمر أن التكلفة عالية الى الحد الذي لا يمكن تحملها إلا من قبل الجهات الحكومية أو المجتمع بكليته. مما يبرز دور المسؤولية المجتمعية عن صحة ومرض الأفراد وعدم تركه للمسؤولية الفردية.

3. عدم إمكانية التنبؤ بحدوث المرض وتكلفته إضافة الى عشوائية حدوثه

وهذا يستدعي التدخل الاجتماعي. فإذا ما استثنينا الفحوصات الطبية الدورية وخدمات برامج التحصين والتطعيم التي يمكن برمجتها بشكل مسبق، فإن متطلبات الصحة والخدمات الصحية تعتمد على حدوث المرض وطبيعة الإصابة. وحدوث المرض على مستوى الفرد لا يمكن التنبؤ به كما هو الحال في التنبؤ على مستوى المجتمع ككل من حيث معدل حدوث الأمراض. فلا يمكن لفرد أن يعلم متى سيمرض وكم سيكلفه المرض. وبالتالي لا يمكن للأفراد أن يضعوا موازنة لصحتهم ومرضهم، وبالتالي الاعتماد عليها للإنفاق عند الحاجة. ومن ناحية أخرى فإن تكلفة الخدمة الاستشفائية تختلف إلى حد كبير من أسرة الى أخرى خلال سنة ما. كما أنها تختلف وبشكل كبير بالأسرة الواحدة من سنة الى أخرى. وهذا يعني أن بعض الأسر ستنفق مبالغ ضئيلة أو قد لا تنفق شيئا خلال فترة زمنية محددة. بينما قد تنفق أسرة أخرى مبالغ طائلة. وبنفس المنطق قد تنفق أسرة ما مبالغ طائلة في سنة ما وقد لا تنفق شيئا في سنة أخرى.

وبناء على ذلك فإن الخدمة الاستشفائية كضرورة وذات تكلفة عالية ولا يمكن التنبؤ بها تحتاج الى وجود ترتيبات مجتمعية لإزالة العوائق الاقتصادية التي قد تمنع الفرد من استعمال الخدمة عند الحاجة لها. وهذه الترتيبات قد تتراوح من

تحمل الفرد مبالغ مالية بسيطة أو رمزية عند حاجته لبعض الخدمات الى خدمات مجانية من خلال برامج وطنية للتأمين الصحي.

4. النواتج الثانوية أو غير المقصودة لاستهلاك الخدمة

وتشمل كمفهوم ومن الناحية الاقتصادية النواتج الايجابية والسلبية التي تطال الأفراد الآخرين نتيجة لسلوك فرد ما سواء باستعمال الخدمة أو الامتناع عن استعمالها. والقاعدة المتعارف عليها والمقبولة اجتماعيا انه عندما تتعارض مصلحة الفرد مع المصلحة العامة وجب على المجتمع التدخل لتصحيح السلوك الفردي.

فعلى سبيل المثال التخلص من النفايات بشكل غير سليم أو امتناع الأسرة عن تطعيم أطفالها ضد مرض ما يحدث ضرراً للأفراد الآخرين وللمجتمع ككل. وفي الصناعة الصحية عندما يشتري الفرد الخدمة سواء أكانت وقائية أو علاجية ينتج من هذا السلوك منفعة اجتماعية تتعدى منفعة الوقاية من المرض أو الشفاء منه للفرد المستهلك للخدمة. وعلى ذلك فإن القيمة الاجتماعية للكثير من الخدمات الصحية اكبر بكثير من القيمة الخاصة بالفرد.الأمر الذي يجعل من تفضيلات الأفراد ورغباتهم ضمن ترتيبات وميكانيكيات السوق أساسا غير صالح لقرارات تخصيص الموارد في الصناعة الصحية. حيث يميل الأفراد بحكم طبيعتهم المبنية على الشح وحب الذات الى التقليل من قيمة وقدر المصلحة المجتمعية. بالإضافة الى حقيقة كون الخدمة الصحية ضرورة غير مرغوب بها. فالخدمة هنا لا تستهلك رغبة فيها وإنما دفعا لضرر أكبر وهو الألم والمعاناة.وتشير الخبرات الى أن الأفراد يميلون الى التقليل من قيمة وأهمية الخدمات الوقائية.

وعلى ذلك فلا يمكن الاعتماد على قرارات الأفراد وتفضيلاتهم كأساس لتخصيص الموارد المحدودة في خدمات الرعاية الصحية لميلهم الى التقليل من قيمة الخدمات واستعمالها وبالتالي النقص في إنتاجها.

5. جهل مستهلك الخدمة الصحية ونقص المعلومات المتوفرة لديه عنها

فالطب يمثل غموضا لكل من هو ليس طبيبا. ويؤدي الجهل بالخدمة الصحية الى عدم قدرة الفرد على تقييمها. وهذا في الأساس بسبب نقص المعلومات لدى مستهلكي الخدمة.ويغذي هذا الجهل تعقد عملية الرعاية الطبية الحديثة، وإحجام الأطباء عن تزويد المستهلك بالمعلومات التي يحتاجها، مما يدفع المستهلك الى تفويض الأطباء باتخاذ ما يرونه مناسبا من قرارات حول كم وكيف الخدمات ومكان تقديمها نيابة عنه، وكوكلاء مؤتمنين على صحته ومرضه.

وحقيقة الأمر أن جهل المستهلك أمر نسبي يختلف باختلاف المستوى الاجتماعي للفرد المستهلك. فالأفراد في المستويات الاجتماعية والاقتصادية الأدنى هم اشد جهلا. وعلى ذلك لا يمكن الاعتماد على قرارات وتفضيلات المستهلك الذي يجهل ما يشتري كأساس لاتخاذ قرارات تخصيص الموارد في الصناعة الصحية. وفي الحقيقة هي قرارات وتفضيلات مقدمي الخدمة (الأطباء) كبائعين للخدمة نيابة عن المشترين لها.

6. القيود المفروضة على المنافسة في الصناعة الصحية من قبل اللاطباء ومنظماتهم النقابية

ففي معظم الصناعات الأخرى يمكن للمستهلك أن يحصل على المعلومات التي يجهلها حول السلعة/ الخدمة المراد شراؤها من خلال المنافسين، والذين يجتهدون في إعلام المستهلك حول خصائص ومزايا منتجاتهم وخدماتهم. أما في الصناعة الصحية فإن الأطباء يضعون قيودا على الدخول الى سوق الرعاية

الطبية. فهم يسيطرون على الدخول الى كليات الطب ، وتراخيص مزاولة المهنة، ويضبطون سلوكيات أعضاء المهنة من خلال نظام صارم لأخلاقيات المهنة والممارسة الطبية، مما شكل عائقا أمام المنافسة في الصناعة الطبية وممارسة أنشطة الترويج والإعلان في الصناعة حتى منتصف الثمانينات من القرن العشرين الماضي.

إن هذه القيود التي فرضتها المهنة الطبية على المنافسة أدت الى ارتفاع أسعار الخدمة وبالتالي ارتفاع مستوى الدخل لأعضاء المهنة الأمر الذي لم يكن ليحدث في حالة إزالة هذه العوائق أمام المنافسة في الصناعة الصحية. وهذا سبب رئيسي في توجه معظم دول العالم نحو الخصخصة وتبني ميكانيكيات السوق وتشجيع المنافسة في صناعة الخدمات الصحية لاحتواء التصاعد في كلفة إنتاجها وتحسين كفاءة تخصيص واستعمال الموارد المرتفعة التكلفة والمحدودة في هذا القطاع.

7. غياب حافز الربح في كثير من منظمات إنتاج الخدمة الصحية

القطاع غير الربحي والقطاع العام لا يحفزان ولا يشجعان السلوك الرشيد من قبل المديرين (كفاءة استعمال الموارد) ويعزز اللاكفاءة لاعتماد هذه المنظمات على أموال المتبرعين والأموال العامة لإدارة عمليات التشغيل. إلا أن تراجع الدعم المالي من المتبرعين والمانحين في السنوات القليلة الماضية إضافة الى التراجع في إنفاق المال العام أدى الى اهتمام هذه القطاعات (غير الربحي والعام) بكفاءة استعمال الموارد لاعتمادها المتزايد على إيرادات التشغيل لتمويل عملياتها الإنتاجية. واخذ القطاع غير الربحي وبشكل متزايد نحو اعتماد التخطيط والتسويق الاستراتيجي وتبني استراتيجيات تنافسية لضمان البقاء والنمو.

8. تمثل الخدمة الصحية مزيجا من الاستهلاك والاستثمار

فمن المتعارف عليه في الصناعة الصحية وتمويل الخدمة والإنفاق عليها أن الإنفاق على بعض الخدمات الصحية لتخفيف القلق المصاحب للمرض ورفع الألم والمعاناة يعتبر إنفاقا استهلاكيا. في حين أن الإنفاق على الخدمات الصحية المقدمة للقوى العاملة هو استثمار لأنه ينعكس إيجابا على القدرة الإنتاجية. ولذلك فإن البرامج الموجهة نحو منع حدوث الأمراض والإعاقات لدى القوى العاملة تعتبر استثمارا في النظام الاقتصادي الوطني، إذا ما قيست ببرامج الخدمات المقدمة الى المتقاعدين من القوى العاملة من وجهة نظر اقتصادية، وبعيدا عن الاعتبارات الإنسانية والأخلاقية.

9. لا يمكن فصل الخدمة الصحية عن البحث العلمي والتعليم الطبي حيث تشكل هذه العناصر الثلاثة منتجا واحدا

ففي معظم الأحيان يتم إنتاج الخدمة الصحية بالتزامن مع البحث الطبي ونشاط التعليم الطبي. والمشكلة هنا تضارب وجهات النظر بين الأطباء ومرضاهم حول قيمة البحث والتعليم الطبي. ففي الوقت الذي يعتبر نشاط البحث والتعليم ضروريا لتقدم المعرفة الطبية ولتدريب العناصر البشرية الصحية. أما بالنسبة للمرضى فلا يعتبرونه ذا قيمة إلا بمقدار ما يسهم في تحسين حالتهم المرضية.

10. إن إدخال وتبني التكنولوجيا في معظم الصناعات الأخرى يوفر العمالة ويقلل من تكلفة الإنتاج

أما التكنولوجيا الطبية ففي معظم الأحيان تخلق عمالة ومهناً صحية جديدة. وقد يكون الاستثناء الوحيد من ذلك هو تكنولوجيا المختبرات الطبية. فعلى سبيل المثال زراعة الأعضاء البشرية وتنقية الكلى تتطلب عددا اكبر

وتأهيلا أعلى من الممرضات و من المهنيين الصحيين الآخرين. وكذلك الأمر بالنسبة لوحدات الرعاية الطبية المركزة.

11. على الأغلب عدم توفر خدمات بديلة للخدمة الصحية

فمعظم الخدمات الصحية ذات درجة عالية من التحديد والتخصص والدقة مما يجعل موضوع بدائل الخدمة في حالة توافرها عاجزة عن تحقيق نفس مستوى الرضا عند استهلاك الخدمة. فخدمات الطبيب العام على سبيل المثال قد لا تكون ملائمة كبديل عن خدمات الطبيب المتخصص. ومن ناحية أخرى فالخدمة الصحية غير مرغوبة بحد ذاتها كما هو الحال في السلع والخدمات الأخرى حيث يرغب الفرد استهلاك كم اكبر لزيادة المنفعة. أما في الخدمة الصحية فالإكثار من الاستهلاك لا يزيد المنفعة بل هو خطر على الصحة وضار لها. وهذا يعني أن الطلب على معظم الخدمات الصحية غير مرن والمرونة السعرية تصل الى الصفر في حالة الأمراض المهددة للحياة. على عكس الخدمات الوقائية وخدمات الأسنان وخدمات التجميل مثلا. حيث تعتبر ذات مرونة سعرية عالية.

12. عدم إمكانية ضمان النتيجة النهائية للخدمة الصحية

فالمنفعة من استهلاك الخدمة الصحية غير مؤكدة. فالمستهلك يشتري احتمالية المنفعة. على عكس استهلاك السلع والخدمات الأخرى حيث المنفعة مؤكدة. كما أن المنفعة من استهلاك الخدمة الصحية غالبا ما تكون مؤجلة لأيام أو أسابيع أو أشهر.

13. تعاني الصناعة الصحية من شبه الاحتكار بسبب قوة ونفوذ الأطباء

فالمهنة الطبية تسيطر على الدخول للصناعة من خلال سيطرتها على التعليم الطبي، كما أنها الجهة الوحيدة المخولة قانونيا بمنح تراخيص مزاولة المهنة. وتحدد حدود الممارسة للفئات المختلفة من الأطباء وتحرم تجاوزها من قبل الأطباء. كما أن التقدم المهني والتأهيل لتقديم الخدمة الطبية ذات المستوى الأعلى محكوم بالحصول على مؤهلات أكاديمية أعلى.

14. تتميز الصناعة الصحية بكثافة العمالة

حيث تصل الأجور المدفوعة للعاملين فيها حوالي 70- 80٪ من مجمل موازنة التشغيل بينما لا تتجاوز الأجور في الصناعات الأخرى نسبة 25٪ من موازنة التشغيل.

15. العرض يخلق الطلب في الصناعة الصحية

وهذا ما يعرف بقانون رومر. حيث تشير الأبحاث والدراسات الى أن كل طبيب جديد يضاف الى الصناعة يزيد فاتورة الإنفاق الوطني على الصحة بأكثر من 100 ألف دولار. كما أن الأسرة الزائدة تمثل دعوة مفتوحة للأطباء الى إدخال المرضى وإشغالها. وتتفق معظم البلدان على أن الحد من زيادة عدد الأطباء والأسرة والتكنولوجيا الطبية يمثل إستراتيجية ناجحة لاحتواء التصاعد في كلفة إنتاج الخدمة الصحية.

16. غموض التوقعات المجتمعية والحكومية من الدور المهني للطبيب

يعتبر الطبيب بالنسبة للمرضى مؤتمنا على مصلحة مرضاه ويتوقع منه القيام بكل ما يلزم من إجراءات وأنشطة لخدمة ومصلحة موكله (المريض). كما تتوقع الجهات الرسمية من الأطباء حماية المصلحة المجتمعية عند اتخاذ القرارات

المتعلقة بنسبة الإعاقات وإصابات العمل وما يترتب عليها من تعويضات مالية وعند اتخاذ القرارات المتعلقة بالإجازات المرضية للعاملين. ومن ناحية أخرى هنالك اختلافات جوهرية في توقعات الأفراد والمجتمع من الأطباء فيما يخص السلوك المهني المتوقع منهم وظيفيا أو النموذج السلوكي للممارسة المهنية من حيث مقدار التركيز على العلاج Cure وعلى الرعاية Care وعلى الكرامة والقدسية Pastoral.

17. الخدمة الصحية ذات طبيعة فردية

بمعنى انه لا يمكن إخضاعها لمفهوم الإنتاج الكبير أو المعياري، فلابد من تكييفها لتتلاءم مع حاجة كل فرد على حدة. إن مجمل هذه الخصائص يجعل الخدمة الصحية متميزة ومختلفة عن السلع والخدمات الاقتصادية الأخرى. ولا تجتمع هذه الخصائص إلا في الخدمة الصحية. مما يجعل الممارسة الإدارية في القطاع الصحي متميزة وذات خصوصية تنبع من تميز الصناعة الصحية وحاجتها إلى ترتيبات إدارية وتنظيمية وتمويلية تتناسب مع خصوصيتها.

الملخص

شهد قطاع الاستشفاء الخاص في الأردن نموا ملحوظا خلال العشرين سنة الماضية. أما القطاع العام فلم يشهد نموا يوازي النمو الديموغرافي في هذه الفترة. وتتضح الصورة العامة لهذا القطاع من خلال المعالم والصفات العامة التي يتصف بها والتي تؤثر سلبا على أدائه العام وقدرته على تبني أساليب التسويق الحديثة. وبالتالي قدرته على المنافسة محليا وإقليمياً، وقدرته على التميز.

ومن أهم الملامح العامة لهذا القطاع:

1. تعدد الأنظمة الاستشفائية في الأردن: وما ينتج عن ذلك من ارتفاع كلفة إنتاج الخدمة وما يشكله من عبء على الاقتصاد في بلد صغير كالأردن.
2. إن غالبية المستشفيات العامة والخاصة ذات حجم صغير أي أنها تنتمي الى فئة الأعمال الصغيرة وما يعني ذلك من ارتفاع كلفة إنتاج الخدمة في الوقت الذي تعاني فيه من نقص الإمكانات المالية والظروف الاقتصادية الضاغطة.
3. صغر حجم السوق الصحي الأردني وعدم قدرته على توليد حجم طلب كاف على خدماتها. وفي نفس الوقت عدم الانتباه والاهتمام الكافي لأهمية السوق الصحي العربي والإقليمي.
4. لا يزال الأطباء هم الفئة التي تتولى إدارة وقيادة المنظمات الصحية ونتيجة لضعف معرفتهم باقتصاديات الصحة وما لديهم من مغالطات حول مفهوم التسويق الحديث نجدهم لا يهتمون بأنشطة التسويق في مستشفياتهم حيث يركزون على التوجه بالمنتج وليس التوجه التسويقي. إضافة الى النظرة غير المتوازنة لجودة الخدمة حيث يركزون على الجانب التقني للخدمة دون الجانب الإداري والجانب التفاعلي والإنساني.

ورغم أن هذه الصناعة هي صناعة خدمات إنسانية في الأصل والجوهر إلا أن إدارات المستشفيات من الأطباء لا تهتم كثيرا باختيار وتدريب وتأهيل وتحفيز العناصر البشرية العاملة فيها.

5. إن معظم المستشفيات الأردنية هي مستشفيات عامة(غير متخصصة) وتستنسخ غالبا خدمات بعضها البعض وتتنافس فيما بينها ولا تتبنى استراتيجيات تعاونية أو تكاملية تعود بالنفع عليها جميعا.

6. في الوقت الذي لا تتوفر لهذه الصناعة أجهزة بشرية متخصصة في التسويق الصحي نجد أن أجهزة العلاقات العامة لديها هي أجهزة تقليدية لا تمارس أنشطة تسويقية ولا تخدم الأغراض التسويقية للمستشفى.
7. لا تزال الطريقة الشائعة في تعويض المستشفيات هي المرتكزة على كلفة المدخلات. وبالتالي لا توفر حافزا للاهتمام بكفاءة التشغيل بل تشجع اللاكفاءة.

أما بالنسبة لخصوصية الخدمة الصحية فيجمع معظم الاقتصاديين في البلدان المختلفة على أن الخدمة الصحية تختلف عن السلع والخدمات الاقتصادية الأخرى. حيث تتميز بمجموعة من الخصائص التي لا تجتمع كلها إلا في الخدمة الصحية مما يجعلها متميزة وذات خصوصية خاصة.

ومن هذه الخصائص :

1. تمثل الخدمة الصحية حاجة أساسية وضرورة إنسانية لا تستقيم الحياة بدونها.
2. ارتفاع كلفة الرعاية الاستشفائية الحديثة وعدم إمكانية التنبؤ بحدوث المرض وكلفته إضافة الى عشوائية حدوثه مما يستدعي مسؤولية مجتمعية حول صحة ومرض الأفراد والجماعات.
3. النواتج غير المقصودة لاستهلاك الخدمة الصحية والتي تجعل القيمة الاجتماعية لها أعلى من القيمة الخاصة للفرد المستهلك لها. وعلى ذلك لا يمكن الاعتماد على قرارات الفرد وتفضيلاته كأساس لتخصيص الموارد في هذه القطاع.
4. جهل مستهلك الخدمة الصحية ونقص المعلومات المتوفرة لديه عن الخدمة وعدم قدرته على تقييم جودتها ومما يزيد من جهل المستهلك تعقد عملية

الرعاية الحديثة وأحجام الأطباء عن تزويد المستهلك بالمعلومات التي يحتاجها الأمر الذي يدفعه الى تفويض الأطباء لاتخاذ القرارات المتعلقة بكم وكيف الخدمة ومتى وأين تتوفر.

إضافة الى أن الخدمة الصحية لا تستهلك بشكل متكرر وبالتالي عدم قدرة المستهلك على التعلم من تكرار الاستخدام. ومما يزيد من جهل المستهلك ما يفرضه الأطباء من قيود على المنافسة في الصناعة الصحية.

5. غياب حافز الربح في القطاع الصحي العام والقطاع الخيري الأمر الذي لا يشجع على كفاءة استعمال الموارد.

6. تمثل الخدمة الصحية مزيجا من الاستهلاك والاستثمار.

7. لا يمكن الفصل بين إنتاج الخدمة الصحية ومنتج البحث العلمي والتعليم والتدريب الطبي.

8. إن التكنولوجيا الطبية وعلى عكس التكنولوجيا في الصناعات الأخرى غير موفرة للعمالة بل خالقة لها. إضافة الى كون الصناعة الصحية في الأصل هي صناعة كثيفة العمالة حيث يبلغ مجموع الرواتب والأجور حوالي 75٪ من مجمل موازنة التشغيل في حين أنها لا تصل الى أكثر من 25٪ في الصناعة.

9. عدم إمكانية ضمان المنفعة من استهلاك الخدمة الصحية كما أن النتيجة النهائية غير مؤكدة وعند حصول المنفعة من الاستهلاك فغالبا ما تكون مؤجلة لأيام أو أسابيع أو أشهر أو سنين.

10. تعاني الصناعة الصحية من شبه احتكار بسبب قوة ونفوذ الأطباء وسيطرتهم على المهنة والدخول إليها ومزاولتها وسلوك أفرادها والتقدم المهني على مسار مهنة الطب.

11. عدم انطباق قانون العرض والطلب على الخدمة الصحية. فالعرض يخلق الطلب في الصناعة الصحية.

12. هنالك غموض وتضارب في التوقعات الفردية والمجتمعية والحكومية من الدور المهني للطبيب. ففي حين يتوقع المريض من طبيبه عمل كل ما يمكن عمله من اجل صحته يتوقع المجتمع المحافظة على الموارد المحدودة كما تتوقع الجهات الرسمة من الأطباء المحافظة على مصلحة المجتمع عند اتخاذ القرارات المتعلقة بصحة ومرض الأفراد وحالات الإصابة والإعاقة المرضية.

الفصل الثالث

استعمالية الخدمات الصحية والاستشفائية

أهداف الفصل التعليمية

مقدمة

مفاهيم أساسية مرتبطة باستعمالية الخدمات وسلوكيات المستهلك

مراحل استعمالية الخدمات الصحية

العوامل غير الطبيـة المؤثرة على الاستعماليـة

استراتيجيات ضبط استعمالية الخدمات الصحية

الملخص

الفصل الثالث

استعمالية الخدمات الصحية والاستشفائية

أهداف الفصل التعليمية

بعد دراسة هذا الفصل يتوقع من الطالب/ الدارس أن يكون قادرا على:

1. فهم واستيعاب المفاهيم الأساسية المرتبطة باستعمالية خدمات الرعاية الاستشفائية والطبية .
2. فهم ومناقشة الفرق بين الطلب على الخدمة واستعماليتها والعوامل المؤثرة عليها.
3. تحديد ومعرفة الفرق بين الحاجة النظرية للخدمة والأنواع المختلفة للحاجة للخدمة والمضامين التسويقية المترتبة على ذلك .
4. تحديد وفهم مراحل استعمالية الخدمة والسلوكيات المرتبطة بكل مرحلة وكيفية ترشيد الاستعمالية في كل مرحلة .
5. تحديد وفهم ومناقشة العوامل المؤثرة على سلوك طلب الخدمة واستعمالها .
6. فهم ومناقشة دور كل من المستهلك وإدارة المستشفى والفريق الثالث الدافع للفاتورة في ترشيد الاستعمالية .
7. تحديد وفهم ومناقشة الاستراتيجيات المختلفة لضبط استعمالية الخدمة الاستشفائية واحتواء الكلفة .

مقدمة

يعتبر موضوع استعمالية الخدمات الصحية وأنماط استعمالها على جانب كبير من الأهمية لصانعي السياسة الصحية وللمديرين الصحيين والمخططين ولمقدمي الخدمات الصحية والممولين، حيث ترتبط استعمالية الخدمات وأنماطها بالقضايا الرئيسية التي تواجه الأنظمة الصحية في غالبية البلدان وخاصة قضية ضبط واحتواء كلفة الخدمات المتزايدة وقضايا العدالة الاجتماعية في توزيع الموارد الصحية وتحسين المنال للخدمات الصحية Torrens, 2000. وعلى ضوء ندرة ومحدودية الموارد المتاحة للقطاع الصحي الأردني والقطاعات الصحية العربية (MOH, 1995- 2000)

(World Bank, 2002) عموما، وتصاعد كلفة هذه الموارد، وحقيقة كون الطلب على هذه الخدمات اكبر من العرض، في الوقت الذي تقتضي فيه المعادلة الاجتماعية توفير هذه الخدمات بشكل عادل لجميع المواطنين، لابد للأنظمة الصحية من التركيز على موضوع ضبط واحتواء كلفة الخدمات الصحية المتصاعدة، وتحسين كفاءة النظام واستعمال الموارد المتاحة.

ويهدف هذا الفصل إلى إلقاء الضوء على مفهوم الاستعمالية والمفاهيم المرتبطة بها والعوامل المؤثرة عليها والسلوكيات المرتبطة بها. كما يهدف إلى إلقاء الضوء على بعض استراتيجيات ضبط وترشيد الاستعمالية.

مفاهيم أساسية مرتبطة باستعمالية الخدمات وسلوكيات المستهلك

1. مفهوم الحاجة والرغبة

تشير الحاجة للخدمة الصحية إلى الحد الأدنى من الخدمات الصحية الضرورية لضمان حياة مرضية للفرد . أما الرغبة فهي مجموعة الخدمات التي

يرغب بها ويطلبها الفرد كمتطلبات لما يعتبره الحياة المثلى. وحقيقة الأمر أن الحد الأدنى من الصحة والصحة المثالية هي مفاهيم نسبية تختلف من مجتمع لآخر حسب درجة رفاه هذا المجتمع أو ذاك ونظامه القيمي والاقتصادي.

ففي المجتمعات الصناعية مثلاً فإن الحاجات والرغبات تصبح واحدة أو متقاربة والحياة المرضية تصبح بدورها الحياة المثلى . فالمجتمعات الغربية ملتزمة بتحقيق النمو الاقتصادي عن طريق زيادة الإنتاج ولتحقيق زيادة الإنتاج، لا بد من زيادة وتحفيز الاستهلاك وزيادة الاستهلاك، بدورها تعتمد على تحفيز وإثارة الرغبات لدى المستهلك أكثر منها على مخاطبة وإثارة الاحتياجات، وبالتالي تتساوى الحاجات والرغبات لدى الفرد في المجتمعات الصناعية. والنقطة الهامة هنا أن المبالغة في التركيز على الرغبات أكثر منها على الحاجات يعقد مشكلة ندرة الموارد في القطاع الصحي ومشكلة العدالة الاجتماعية في توزيع واستعمال هذه الموارد. وبالنتيجة نجد أن بعض الأفراد والجماعات يمكن أن يحصلوا على خدمات صحية أكثر مما يرغبون فيه، بينما البعض الآخر قد لا يجد الحد الأدنى من الحاجة للخدمة الصحية .

وجدير بالذكر هنا أن الخدمة الصحية وعلى خلاف السلع والخدمات الأخرى لا تستهلك رغبة فيها وإنما لدفع ضرر اكبر.

2. مفهوم الطلب على الخدمة الصحية واستعماليتها

يشير الطلب كمفهوم نظري إلى ما يصرح به الفرد عن استعداده لشراء السلع والخدمات (عند توفر القوة الشرائية)، ضمن بدائل سعرية محددة (Clewer and Perkins, 1998) وعادة يتأثر الطلب على الخدمات الصحية بخمسة عوامل أساسيـــة:

1. الحاجة للخدمة .
2. إدراك الحاجة للخدمة الصحية .
3. توفر القدرة الشرائية .
4. الحافز للحصول على الخدمة :
   - الحافز البيولوجي .
   - الأسرة والأصدقاء .
   - القيم والمعتقدات .
5. تواجد الخدمــات .

أما استعمالية الخدمات فتشير إلى الاستعمال الفعلي للخدمات الصحية وبمعنى آخر هي الطلب المنفذ (implemented demand) على تلك الخدمات. وتتأثر استعمالية هذه الخدمات بالعديد من العوامل:

1. العوامل الاجتماعية – النفسية.
2. العوامل الفيزيائية .Physical
3. العوامل البيولوجية.
4. العوامل الثقافية والقيمية.
5. المعتقدات الشخصية.
6. التعليم.
7. المقدرة المالية.
8. تواجد الخدمة.
9. كلفة الوقت والسفر للوصول للخدمة.

3. مفهوم الشكوى Illness والمرض Disease

إن التفريق بين الشكوى Illness والمرض Disease هو عامل أساسي لفهم سلوك الفرد في طلب الخدمة الصحية وبالتالي لتخطيط وتنظيم الخدمات الصحية ولتوزيع الموارد النادرة على خدمات ومؤسسات القطاع الصحي (Torrens, 2000).

فالشكوى Illness هي مفهوم غير علمي ويشير إلى حالة فيزيائية واجتماعية معينة. وهي بهذا المفهوم عبارة عن رد فعل الفرد لتغير بيولوجي ما، وعلى هذا يتم تعريفه بشكل مختلف من فرد إلى آخر حسب حالة الفرد الذهنية ومعتقداته وقيمه. ولذلك فإن الشكوى illness هي مفهوم غير دقيق وتمثل استجابة فردية لمنبه فسيولوجي أو نفسي .

أما المرض Disease فهو مفهوم علمي (مهني يحدده غالباً الطبيب) وعلى ذلك فهو مصطلح دقيق يعكس درجة عالية من المعرفة المهنية . والمرض بهذا المفهوم يشير إلى وجود خلل بيولوجي أو فسيولوجي يتطلب التدخل الطبي أو العلاج (Donabedian, 1973). وعلى ذلك يعتبر المرض بهذا التعريف جزءاً أساسياً في تخطيط وتنظيم الخدمات الصحية وتوزيع الإمكانات ضمن النظام الصحي الكلي .

وجدير بالذكر أن الشكوى Illness يمكن أن تحدث في غياب المرض Disease وهذا بدوره يمكن أن يكون موجوداً في غياب الشكوى Illness. والنقطة الهامة هنا هي أن شعور الفرد بأنه مريض Ill وليس المرض الحقيقي كما هو معرف علمياً (Disease) يعتبر الحافز الحقيقي للفرد للشروع في طلب الخدمة الصحية. كما أن المرض بالمفهوم العلمي والشعور بالمرض من قبل الفرد ليستا

السببين الوحيدين للشروع بطلب الخدمة والمثال البسيط على ذلك هو الحمل لدى السيدات حيث يمثل عملية فسيولوجية طبيعية.

4. مفهوم الحاجة للخدمة الصحية

تصنف الحاجة في مجال الخدمات الصحية في ثلاثة أنواع كما يلي:

1. الحاجة النظرية:

وهي غير مدركة طبياً حيث من غير الممكن التكهن أو معرفة ماهية الأنماط المرضية التي قد تظهر مستقبلاً والتي لا نعرف عنها شيئاً الآن والمثال على ذلك هو ظهور مرض الإيدز في أوائل الثمانينات من القرن العشرين الماضي، حيث تم التعرف عليه لأول مرة. ومرض ايبولا في أفريقيا.

إن التقدم التكنولوجي في المجال الطبي والهندسة الوراثية والاختلال البيئي قد ينتج عنها أمراض جديدة غير معروفة لدى الأوساط الطبية والعلمية حالياً.

2. الحاجات الصحية القابلة للكشف طبياً Detectable:

وهي الحاجات المعترف بها من قبل الأطباء كحاجات صحية (Donabedian, 1973) وتقسم إلى قسمين:

- الحاجات المحددة إكلينيكياً – مرحلة ظهور الأعراض.
- الحاجات الصحية غير الظاهرة – مرحلة ما قبل ظهور الأعراض.

3. الحاجات المحسوسة Felt need:

وهي الحاجات المدركة من قبل المريض أو الفرد نتيجة لظهور الأعراض المرضية وتعتبر مشاكل طبية، وتقسم الحاجة المحسوسة إلى قسمين:

أ. **الحاجات غير المنفذة** أي التي لا تذهب إلى الطبيب و/ أو يتم تجاهلها من قبل الفرد و تبلغ 90٪ من مجموع الحاجات المحسوسة وهي نتيجة عدة عوامل كما يلي:

- التعليم.
- القدرة المالية.
- تواجد الخدمة.
- الملاءمة والدخل.
- تكلفة الوقت والسفر.

ب. **الحاجات المنفذة** أي التي تذهب إلى الطبيب وتبلغ 10٪ من الحاجات المحسوسة وجدير بالذكر أن 40-60٪ من هذه الحالات هي طبيعية Worried Well، ويتأثر قرار الفرد في الشروع بطلب الخدمة بإدراكه لما يلي (Torrens, 2000):

- القابلية للإصابة بمرض ما كما يتصورها الفرد نفسه Vulnerability.
- خطورة الحالة كما يتصورها الفرد نفسه Seriousness.
- فاعلية المعالجة كما يتصورها الفرد Effectiveness.

مراحل استعمالية الخدمات الصحية

تمر استعمالية الخدمات الصحية بمرحلتين:

1. **مرحلة الإرادة والاختيار Volition Stage** أو مرحلة الإرادة الحرة، وهنا يقوم الفرد نفسه باتخاذ قرار البحث عن الخدمة أو عدمه بإرادته واختياره ويتأثر قراره بثلاثة عوامل هي:

أ. العوامل الاجتماعية – الثقافية المستوى الصحي.

ب. العوامل النفسية – الاجتماعية.

ج. كلفة الوقت والسفر.

كما تتأثر هذه العوامل الثلاثة بدورها بعوامل تعود لما يلي:

- أثر العائلة والأصدقاء والزملاء.
- تواجد الخدمة.
- المقدرة الماليـــة .

حيث تؤثر العوامـل الاجتماعيـة الثقافيـة علـى المـستوى الـصحي للفـرد وحالته الصحية كما تؤثر العوامل الاجتماعية النفسية على:

1. تصور الفرد لمدى قابليته للإصابة بالمرض.
2. تصور الفرد لمدى خطورة الأعراض المرضية.
3. تصور الفرد لفاعلية المعالجة.

2. مرحلة المصيدة Entrapment Stage: وتبدأ هـذه المرحلـة بعـد قـرار الفـرد بالسعي للحصول على الخدمة ويصبح مزود الخدمة الطبيب هو متخـذ القـرار فيما يتعلق بكم وكيف وزمان ومكان الرعاية الصحية.

حيث يتنازل الفرد طوعاً عن مقدار كبير مـن سـلطته وخيـاره، ويـصبح الطبيب هو متخذ القرار وجدير بالذكر أن 70-80٪ من النفقات الصحية تحدث بسبب تنازل المرضى وتخليهم عـن حريـة الخيـار والقـرار للطبيـب فيمـا يتعلـق باستعمالية الخدمات حيث نجد أن المريض يعتمد كلياً على الطبيب كوكيل مؤتمن على صحته ومصلحته.

ديناميات مرحلـــة المصيدة:

من المفـروض أن يـتم تخـصيص الإمكانـات والمـوارد واسـتعمالها علـى أساس الحاجة الطبية كما يقررها الطبيب نفسه . إلا أن قرارات الأطبـاء في هـذه المرحلة تتأثر بالعديد من العوامل والاعتبارات غير الطبية ، كما يلي :

1. اعتبارات الحاجـة الاجتماعيـة 20-40٪ مـن الأيـام الاستـشفائية تعـود لأسباب اجتماعية (AL-Mahmoud, 1989) .
2. الميل لاستعمال التكنولوجيا بحكم تواجدها كرمز للمركز المهـني للطبيـب أمام الزملاء وما ينتج عنه من إجراءات غير ضرورية :
   - 20-40٪ من الفحوصات المخبرية .
   - 20٪ من الإجراءات الجراحية .
   - 40٪ من الإدخالات إلى وحدات المعالجة المركزة C.C.U, I.C.U. .
3. العوامـل العائـدة لمـزودي الخـدمات (الأطبـاء): حيـث يـتم تخـصيص واستعمال الموارد على أساس أولويات ومصلحة الطبيب:

أ. راحة الطبيب ومصلحته - رؤيـة المـريض في المستـشفى بـدل العيـادة وفي العيادة بدلاً من البيت.

ب. دخل أكثر للطبيب أجر/ خدمة. زيادة عـدد الزيـارات للمـريض الواحـد وزيادة كم الخدمات المقدمة له والتردد في معالجة المرضى الفقراء.

4. الضغط على الأطباء من قبل إدارة المؤسسات الصحية:

أ. زيادة الإدخال إلى المستشفى .

ب.زيادة كم الخدمات في حالة التعويض بالتسعيرة أو على أساس كلفة إنتاج الخدمة.

ج. اعتماد التشخيص الأكثر مردوداً في حالة التعويض المحدد مسبقا.

العوامل غير الطبيـة المؤثرة على الاستعماليـة

1. أثر العوامل الاجتماعية والثقافية على المرض وسلوك طلب الخدمة تشير الدراسات إلى ما يلي:

أ. 90٪ من الأمراض المدركة بواسطة الفرد Illnesses لا تعالج ضمن النظام الصحي.

ب. 50٪ من الزيارات لمكاتب الأطباء ليس لها أساس بيولوجي ومن الأمثلة على الزيارات لعيادات الأطباء حيث يكون الأداء الفسيولوجي ضمن الحدود الطبيعية حب الشباب، والعمليات الفسيولوجية الطبيعية، كالحمل – حبوب منع الحمل – تزايد العقم بسبب طول فترة تعاطي موانع الحمل. والتقييم الطبي الروتيني للأطفال والرضع. والفحوص الطبية الدورية لكبار السن والبالغين

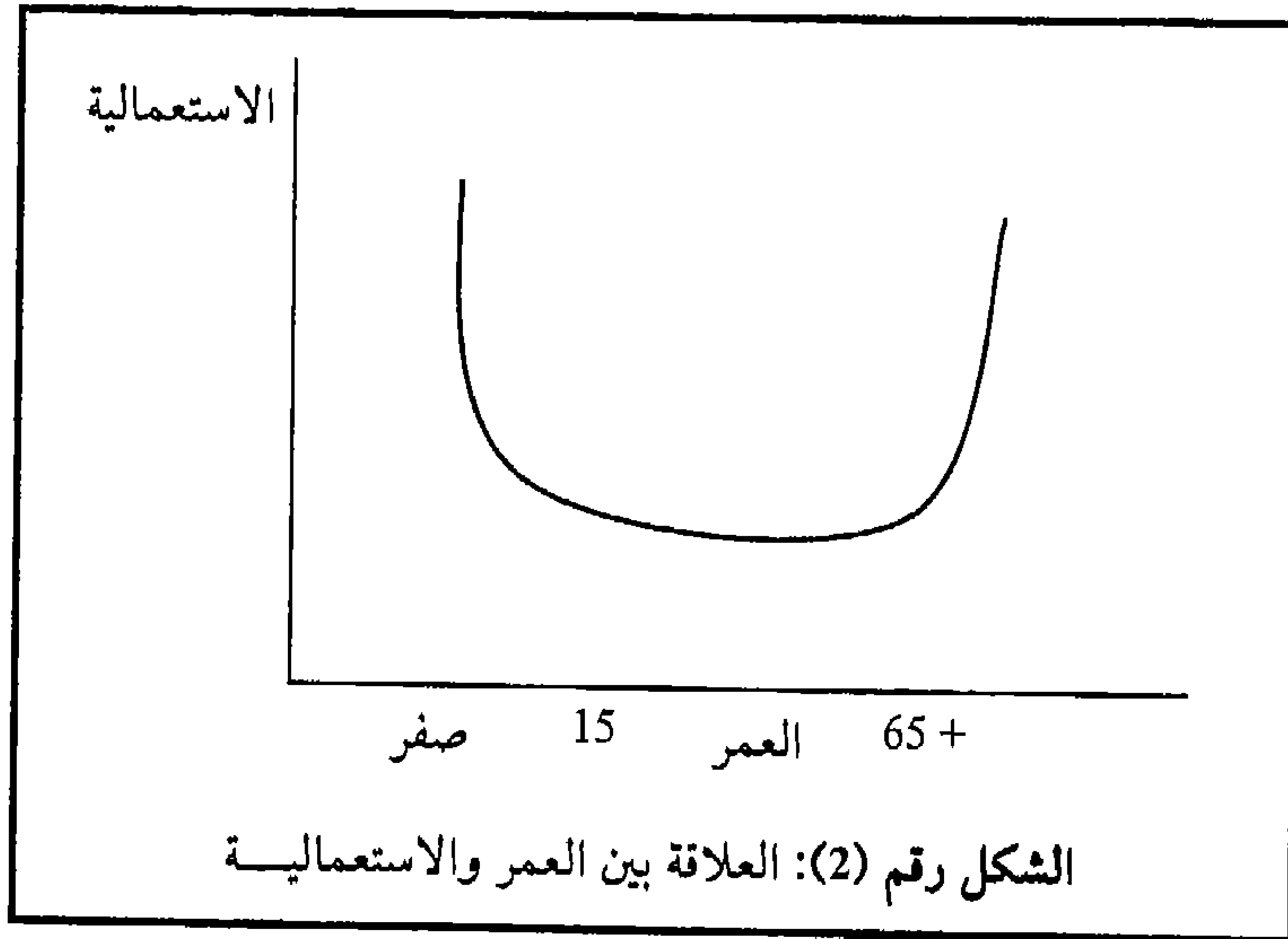
2. أثر القيم والثقافة والعوامل الاجتماعية في تغيير الفهم لدى الأفراد حول ما يعتبر مرضاً disease. (Over medecalization)، تحويل المشاكل العائدة للزوجية ومشاكل تربية الأطفال من مشاكل عائلية إلى مشاكل نفسية (طبيب نفسي)، ومشاكل تناول الكحول من مشاكل عائلية واجتماعية إلى مشاكل نفسية – الطبيب النفسي. والإجهاض من مشكلة جرمية إلى خدمة طبية. ورعاية المسنين من مسؤولية عائلية إلى خدمة طبية .

3. أثر تواجد الخدمات (العرض يولد الطلب): حيث تؤثر هيكلية وتنظيم ومدى تواجد الخدمات على كم وطبيعة الخدمات المطلوبة من قبل الفرد والطبيب

4. أثر العوامل الديموغرافية، العمر، الجنس، على استعمالية الخدمات.

العمر

المجموعات العمرية الصغيرة، صفر –15 سنة، وكبار السن +65 سنة هي أكثر المجموعات السكانية استهلاكاً للخدمات الصحية كما يبين الشكل رقم (2).



الشكل رقم (2): العلاقة بين العمر والاستعمالية

وتشير الدراسات إلى أن 22٪ من مجموع الإدخالات للمستشفيات في الأردن من المجموعة العمرية صفر– 15 سنة، 30٪ من مجموع أيام الاستشفاء في الأردن من المجموعة العمرية، صفر– 15 سنة. كما أن 5.5٪ من الإدخالات للمستشفيات و9٪ من أيام الاستشفاء من المجموعة العمرية 65٪ سنة فأكثر .(Al Mahmoud, 1989)

الجنس

باستثناء المجموعات العمرية صفر-15 سنة فإن الإناث بشكل عام يستهلكن خدمات صحية أكثر من الذكور (سنين الإنجاب) ، فالإناث من الناحية البيولوجية أقوى من الذكور (قابلية الإصابة) وتشير الدراسات الى أن 44.5٪ من الإدخالات للمستشفيات في الأردن، كان بسبب الولادة والحمل ومضاعفاتهما .

5. العلاقة بين العوامل الثقافية، الاجتماعية، الاقتصادية واستعمالية الخدمات:

الفوارق الاقتصادية (Nikias, et., al. 1975):

أ. الفئات الأكثر فقراً أكثر مرضاً وبالتالي أكثر حاجة للخدمة.

ب. هنالك علاقة عكسية بين استعمالية الخدمات من قبل الفقراء والحاجة للخدمة الصحية وذلك بسبب العوائق المالية و/ أو العوائق الثقافية .

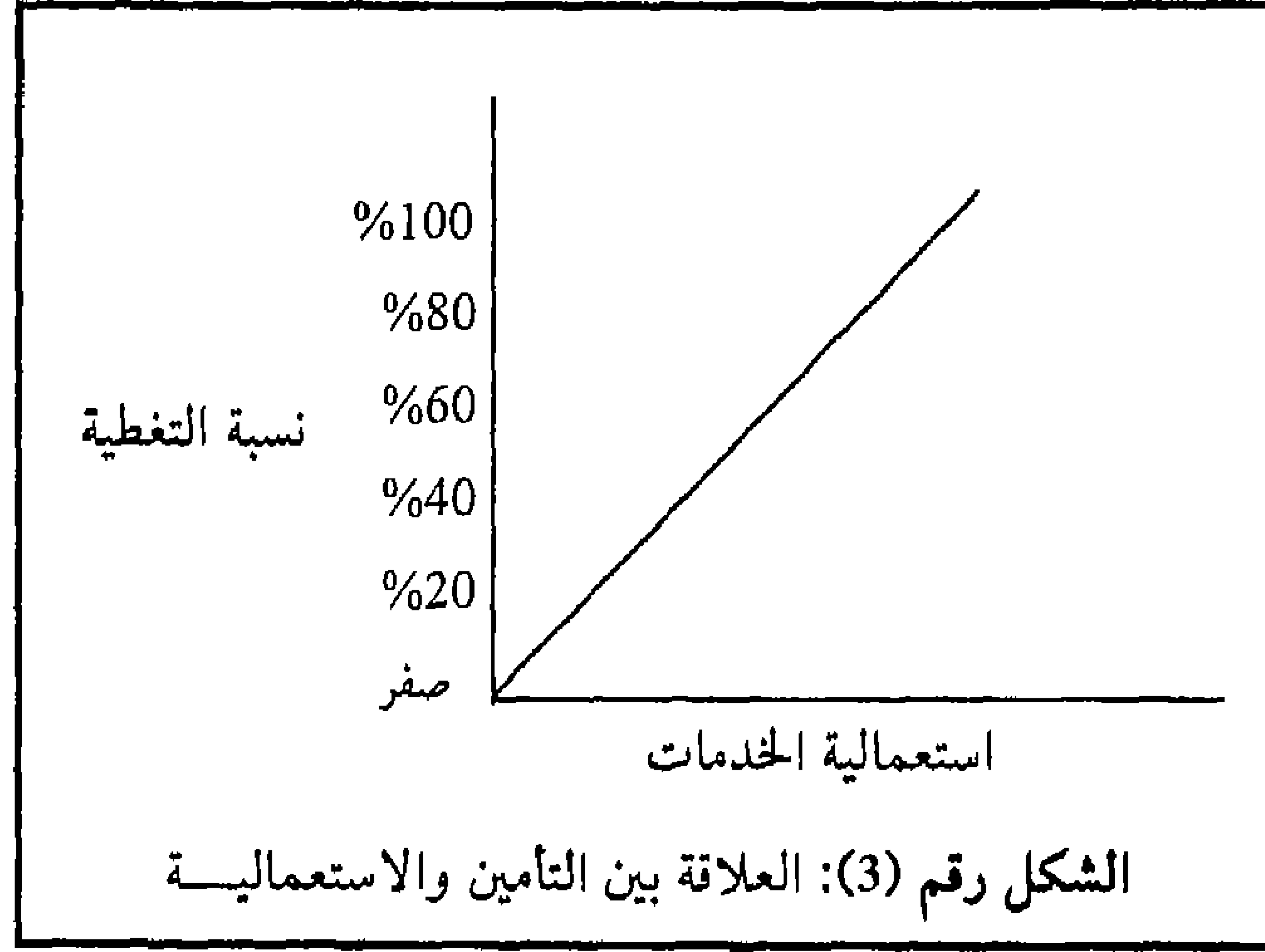
ج. النساء في العائلات الفقيرة يستهلكن خدمات رعاية حمل أقل وذات جودة أدنى من النساء الأخريات. وعندما تكون هذه الخدمات مجانية فالأرجح أن الفرق في الاستعمالية هنا يعود للعوامل الثقافية .

د. هنالك ارتباط قوي بين استعمالية خدمات أطباء الأسنان والدخل (الأشد فقراً أقل رعاية).

ه. استعمالية الخدمات الوقائية ترتبط بشكل كبير بالدخل . وفي حالة كونها مجانية يمكن إرجاع السبب في ذلك إلى العوامل الثقافية (الفقر الثقافي) وتكلفة الوقت والسفر.

6. أثر برامج التأمين الصحي على الاستعمالية: تزداد استعمالية الخدمات بوجود التأمين، الصحي. فهنالك علاقة بين نسبة تغطية الخدمات من قبل

الطرف الثالث واستعمالية الخدمات (Pattistella, 1989) كما يبين الشكل رقم (3).



الشكل رقم (3): العلاقة بين التأمين والاستعمالية

استراتيجيات ضبط استعمالية الخدمات الصحية

إن موضوع استعمالية الخدمات الصحية وضبطها موضوع معقد ومتشعب لتعدد العوامل والعناصر المؤثرة فيه . وعلى ذلك لا بد من التفكير بحلول ومعالجات ذات أوجه وأبعاد متعددة ولتيسير الموضوع يمكن تصنيف استراتيجيات الضبط بثلاثة مجموعات كما يلي:

1. استراتيجيات الحد من العرض وتواجد الخدمات.
2. استراتيجيات الحد من الطلب على الخدمات.
3. استراتيجيات بديلة للأنماط التقليدية لتقديم الخدمات.

1. استراتيجيات الحد من العرض عن طريق التشريعات الحكومية الناظمة والضابطة لقرارات الاستثمار في القطاع الصحي:

أ. **شهادة الحاجة للخدمة Certificate of need (CON)**: حيث يتم رفع طلبات الاستثمار الرأسمالي في القطاع الصحي إلى جهة مركزية مسؤلة عن تخطيط الخدمات الصحية وتقوم هذه الجهة بمراجعة وتقييم هذه الطلبات لتقرير الحاجة لهذا الاستثمار . وتشترط هذه الطريقة وجود مبرر مقبول (حاجة فعلية) لكل استثمار يزيد عن مبلغ محدد. ويؤخذ على هذه الإستراتيجية صعوبة وضع معايير محددة وموضوعية للحاجة، إضافة إلى أنها قد تؤدي إلى الحد من المنافسة بين المؤسسات الصحية .

ب. **تحديد سقف للإنفاق الرأسمالي المسموح به في كل منطقة جغرافية خلال** مدة زمنية معينة بما ينسجم مع حاجة المنطقة والنمو السكاني فيها وتعتبر هذه الإستراتيجية بديلاً أفضل لشهادة الحاجة .

ج. **برامج أو خطط التعويض المسبق للمستشفيات والأطباء**: وتعتبر من أفضل المداخل لاحتواء العرض من الموارد والخدمات Prospective Payment .

د. **الحد من عدد الأطباء (Rice, 1989)**: والمحافظة على نسبة ملائمة من الأطباء لكل ألف من السكان وعدم تجاوزها ويمكن تحقيق ذلك من خلال تحديد المقاعد في كليات الطب ومن خلال تقليل مخصصات تدريب الأطباء المقيمين والأخصائيين .

2. استراتيجيات الحد من الطلب:

وتركز هذه الاستراتيجيات على الحد من الطلب على الخدمات من قبل الفرد المستهلك في مرحلة الإرادة الحرة وعلى الحد من الطلب من قبل الأطباء في مرحلة المصيدة. وقد أشرنا فيما تقدم إلى أن 60٪ من الزيارات للأطباء هي حالات طبيعية يمكن تجنب استعمال الموارد على الأفراد في مرحلة الإرادة الحرة. كما أن قرارات الأطباء في مرحلة المصيدة تخضع لاعتبارات كثيرة إلى جانب الاعتبارات الطبية.

أ. استراتيجيات الحد من الاستعمالية من قبل الفرد المستهلك:

- تقييد حرية الفرد عند سعيه للحصول على الخدمات الصحية مثل إجراء بعض الجراحات في العيادة الخارجية أو في مركز الجراحة اليومية Day Surgery وتحديد مصدر الرعاية الأولية (طبيب الأسرة)، ومصدر الرعاية الثانوية، وتبني أنظمة صحية بديلة (منظمات صيانة الصحة HMOs) ومنظمات المزود المفضل ppos.
- تبني نظام السوق الحر من شأنه تثبيط الاستعمالية سواء للخدمات الاستشفائية أو للزيارات لعيادات الأطباء .
- زيادة مشاركة المواطن في تغطية كلفة الخدمات مثل تبني :
  - المشاركة في التأمين Co- Insurance .
  - الدفع الرمزي مقابل الخدمة Co- Payment .
  - نظام الاقتطاع من الفاتورة الطبية Deductables.
- نظرية الصفوف Que Theory وخلق قوائم الانتظار الطويلة قبل الحصول على الخدمة.

- تشجيع مستوى أعلى من الوعي للكلفة من جانب الفرد المستهلك عن طريق تبني حوافز مادية للأفراد مثل اقساط التأمين المخفضة عند مستوى معين من الاستعمالية ومشاركة اقل في الكلفة عند استهلاك الخدمة من مصدر رعاية محدد PPOs (منظمات المزود الأفضل) .

ب. استراتيجيات الحد من الاستعمالية من قبل الأطباء :

- تقييد حرية مقدم الخدمة (الطبيب) فيما يتعلق بالأمور التالية (McCleary :(Liewllyn, 1999) (and Munchus, 1995
   - حق إدخال المرضى للمستشفى واستعمال موارد المستشفى .
   - مدة إقامة المرضى في المستشفى .
   - الوقت المتوفر للعلاج ولإجراء العمليات والإجراءات الطبية (توقيت وبرمجة).
   - تقييم فاعلية التكنولوجيا الطبية (بدائل العلاج جراحي/ طبي مثلاً) واستعمال تحليل/ كلفة منفعة للمفاضلة بين الإجراءات والبرامج.
   - نظام معلومات إدارية لتكامل البيانات الإكلينيكية والإدارية ومقارنتها بين الأطباء، والأقسام، والمستشفيات لتحديد ومعرفة الاستعمال غير الضروري للموارد.
- تبني التنظيم الإقليمي وأنظمة محددة لتحويل المرضى بين مستويات الرعاية الطبية المختلفة .
- تبني نظام الحوافز المادية للأطباء مثل نظام المشاركة في الإرباح في المستشفيات الربحية ونظام المشاركة في المكتسبات Gain Sharing في المستشفيات غير الربحية والحكومية لتشجيع وتحسين كفاءة العمليات

وخفض تكلفة التشغيل (Hemenway, et., al 1995)، (McCleary, and Munchus, 1990). ويمكن كذلك اتباع نظام الدفع بطريقة المقاول حيث يتم الاحتفاظ بجزء من راتب الطبيب مؤقتاً إلى نهاية العام. وبذلك يكون تحت مخاطرة مالية، حيث يخسر هذا الجزء إذا خسرت المنظمة ويعاد له مع حصة من الربح في حالة تحقيق المنظمة الصحية للربح (Hillman, 1989).

- تبني أنظمة الدفع القبلي بدلاً من الدفع على أساس اجر/ خدمة أو كلفة المدخلات ومن هذه الأنظمة:
  - الدفع على أساس عدد المستفيدين Per Capita.
  - الراتب الشهري.
  - الدفع على أساس الحالة أو المرض (التشخيص المرضي) .
- تبني أنظمة لمراجعة وتقييم استعمال الموارد من قبل الأطباء للتأكد من سلامة وضرورة الاستعمال مثل تقييم الاستعمالية Utilization Review، وربط التعويض المالي بحسن استعمال الموارد كما تبينه أنشطة تقييم الاستعمالية.

3. استراتيجيات بديلة للأنماط التقليدية لتقديم الخدمات:

أ. تشجيع الطب الوقائي والتثقيف الصحي كبديل أقل كلفة وأكثر فاعلية .

ب. توفير بدائل أكثر كفاءة للخدمة الاستشفائية التقليدية وخدمات الأطباء (Martin, 1989) (Ohsfeldt, 1992).

- مراكز الجراحة اليومية Day Surgery .

• منظمات صيانة الصحة (HMOs) ومنظمات المزود المفضل (PPOs).
• تشجيع الممارسة الطبية الجماعية بدلاً من الممارسة الفردية Group Practice.

ج. إعادة النظر بتوزيع الأطباء على أساس التخصص وتشجيع التخصصات في مجال طب الأسرة والطب العام Despecialization.

الملخص

إن استعمالية الخدمات الصحية هي نتيجة للتفاعل المتبادل بين العمليات الباثولوجية، وإدراك وتصور الأطباء والأفراد لهذه العمليات، وتواجد الخدمات الصحية (العرض)، وإن كلاً من هذه العوامل يجب أخذه في الاعتبار إذا ما أردنا فهم عملية استعمال الخدمات الصحية بشكل أفضل والحد من استعماليتها.

يتطلب ضبط استعمالية الخدمات الصحية والاستشفائية فهم حوافز ومحركات سلوكيات الأفراد والأطباء في المرحلة الطوعية ومرحلة المصيدة على التوالي. ومن ثم العمل على تغيير هذه السلوكيات وترشيدها. فتصور وإدراك الأفراد لحالتهم الصحية هو الحافز الحقيقي للفرد للسعي في طلب واستعمال الخدمات. كما أن سلوكيات الأطباء في اتخاذ قرارات استعمال الموارد لا تحكمها فقط اعتبارات الحاجة الطبية بالمفهوم المهني بل تحركها كذلك عوامل اجتماعية واقتصادية ومهنية ومعنوية، ولما كانت قرارات الأطباء مسئولة عن 80-90٪ من استعمالية الموارد أصبح ترشيد هذه القرارات مفتاح جهود ضبط استعمالية الموارد.

إن تواجد الخدمات وزيادة العرض منها يفاقم مشكلة تزايد استعمالية الموارد. فمن المسلم فيه أن العرض يخلق الطلب في الخدمات الصحية وعلى

ذلك فزيادة العرض من الأسرة والتكنولوجيا الطبية يشكل دعوة مفتوحة وإغراء للأطباء لاستعمالها ناهيك عن الميل المهني لدى الأطباء لاستعمال هذه التكنولوجيا لارتباطها بالمركز المهني والاجتماعي للأطباء في وسطهم الطبي والاجتماعي وزيادة دخولهم بتبني استعمال التكنولوجيا الطبية المتقدمة والجديدة وهذا يستلزم الحد من العرض بتبني استراتيجيات محددة مثل شهادة الحاجة وتحديد الإنفاق الرأسمالي المسموح به في كل إقليم أو منطقة جغرافية وتبني طرق التعويض المسبق للمستشفيات والأطباء وتشجيع المنافسة بتبني ميكانيكيات السوق.

إن الحد من عدد الأطباء سيقلص الطلب على الخدمات الصحية بسبب قدرة الأطباء على التأثير وخلق الطلب على الخدمات. كما أن المرضى والأطباء يكونون أكثر رشاده في استعمال الموارد عندما يقل عدد الأطباء، فالمريض يبحث عن الرعاية الصحية بشكل اقل عندما يصعب الحصول عليها. كما أن الأطباء يركزون على المرضى الأكثر احتياجاً للخدمة من غيرهم عندما تكون الموارد والإمكانات محدودة.

تلعب برامج التأمين الصحي دوراً رئيسياً في زيادة استعمالية الخدمات الصحية. فوجود هذه البرامج يزيد من قدرة الأفراد واستعدادهم ورغبتهم لطلب كم وكيف أكبر من الخدمات الصحية وعلى ذلك لا بد من إعادة النظر بهذه البرامج من حيث نسبة التغطية ومساهمة المواطن فيها وحزمة الخدمات المغطاة.

إن طرق تعويض المستشفيات القائمة على أساس كلفة المدخلات المستعملة في إنتاج الخدمة الصحية وطرق تعويض الأطباء القائمة على أساس

أجر/ خدمة تلعب دوراً كبيراً في زيادة الاستعمالية فهذه الطرق توفر الحوافز للمستشفيات والأطباء لزيادة الاستعمالية وتشجع اللاكفاءة. كما أنها تشجع المستشفيات والأطباء على زيادة الاستثمار الرأسمالي وزيادة المدخلات مما يزيد من العرض وبالتالي زيادة الاستعمالية. إن تبني ميكانيكيات السوق وتشجيع المنافسة سيؤدي إلى تحسين كفاءة الأداء إلى حد كبير .

إن ضبط استعمالية الموارد يتطلب التفكير بإيجاد بدائل غير تقليدية وأكثر كفاءة لتقديم الخدمات الصحية مثل مراكز الجراحة اليومية، ومنظمات صيانة الصحة، والممارسة الجماعية للأطباء، وغيرها من البدائل إضافة إلى تشجيع الطب الوقائي وأنشطة التوعية والتثقيف الصحي كبديل اقل كلفة وأكثر فاعلية ومردوداً على الصحة من الطب العلاجي فزيادة الأطباء والمستشفيات لا يعني بالضرورة تحسناً مماثلاً في الصحة.

الفصل الرابع

التخطيط والتسويق الاستراتيجي للرعاية الاستشفائية

أهداف الفصل التعليمية

طبيعة وأهمية التخطيط الاستراتيجي

خصائص التخطيط الاستراتيجي

عملية التخطيط الاستراتيجي

مخرجات التخطيط الاستراتيجي

تسويق الرعاية الاستشفائية: الماهية والمفهوم

تطوير خطة التسويق

عناصر المزيج التسويقي

العوامل المسئولة عن فشل برامج التسويق

الملخص

الفصل الرابع

التخطيط والتسويق الاستراتيجي للرعاية الاستشفائية

أهداف الفصل التعليمية

يتوقع من الدارس لهذا الفصل أن يكون قادرا على:

1. فهم واستيعاب مفهوم وطبيعة وأهمية التخطيط الاستراتيجي وخصائصه.
2. تحديد ووصف خطوات عملية التخطيط الاستراتيجي.
3. فهم وتحديد مخرجات التخطيط الاستراتيجي.
4. فهم طبيعة ومفهوم التسويق وأهمية دوره في الصناعة الاستشفائية .
5. وصف ومناقشة تطوير خطة التسويق وكيفية تحليل الموقف التوسيقي والأهداف التسويقية.
6. فهم واستيعاب إستراتيجية التسويق كطريقة لتحقيق الأهداف التسويقية ومفردات هذه الإستراتيجية مثل السوق المستهدف وأساليب وتقنيات التسويق وعناصر المزيج التسويقي
7. فهم وتحديد العوامل المسئولة عن فشل إستراتيجية التسويق.

طبيعة وأهمية التخطيط الاستراتيجي

واجهت الصناعة الصحية شأنها شأن المؤسسات الإنتاجية والخدمية في القطاعات الأخرى ظروفاً اقتصادية صعبة منذ نهاية الثمانينات من القرن العشرين الماضي وحتى الآن كما أدى التوجه الرسمي المتزايد نحو الخصخصة وتبني ميكانيكيات السوق والعولمة إلى خلق بيئة أكثر تعقيدا واشد تنافسية مما وضع صناعة الرعاية الاستشفائية أمام تحديات كبيرة تتحدى قدراتها على الاستمرار والنمو. وما لم تولِ المستشفيات اهتماما متزايدا بالتخطيط الاستراتيجي وتحذو بذلك حذو مؤسسات الأعمال، ستجد نفسها خلف الأحداث دائما لا تملك إلا رد الفعل والاستجابة العشوائية لما يواجهها من مشاكل وتغير متسارع في البيئة العامة والخاصة. فالتخطيط الاستراتيجي يساعد المستشفيات على مواءمة إمكانيتها وقدراتها وأنشطتها وبرامجها مع الظروف البيئية المتغيرة ومتطلباتها. ويعطيها القدرة على التكيف واستغلال الفرص والتعامل مع المخاطر. ومن الأسباب الأخرى لأهمية ممارسة التخطيط الاستراتيجي انه يزود المستشفى ككل والأنشطة والبرامج المختلفة والعاملين فيه برؤية واضحة للتوجه المستقبلي، والأهداف المرغوبة الممكنة التحقق، ومن ثم اختيار البديل الاستراتيجي الملائم لتحقيق هذه الأهداف. كما أن التخطيط الاستراتيجي يحسن كفاءة وفعالية أداء المستشفى ككل والأنشطة والبرامج المختلفة التي يقدمها.

خصائص التخطيط الاستراتيجي

يتميز التخطيط الاستراتيجي بأربعة خصائص هي:

أ. التوجه الخارجي، أي أن التخطيط الاستراتيجي يبدأ بدراسة وتحليل البيئة الخارجية للتنبؤ بالفرص المتاحة وتحديد التهديدات والمخاطر المستقبلية. ومن ثم صياغة الإستراتيجية أو البدائل الإستراتيجية وخطط العمل والتصرف للاستفادة من الفرص والتعامل مع التهديدات والمخاطر.

ب. يساعد التخطيط الاستراتيجي المستشفى على تطوير خطط عمل مدروسة تبين الإجراءات والتصرف المحدد لتحقيق الأهداف أو لحل المشاكل. وبذلك تتلافى مساوئ ومخاطر الانتظار والتريث في التعامل مع الفرص والتحديات والمشاكل وما ينتج عنه من استجابات قد تكون متأخرة ومكلفة جدا. ويجعل المستشفى تابعاً لا رائداً في الصناعة الاستشفائية ويفقده السبق المطلوب على منافسيه. فمن خلال التخطيط الاستراتيجي يمكن للمستشفى الاستجابة لمعطيات البيئة بتوقع الأحداث والاستعداد للتصرف والحركة لمواجهتها عند حدوثها.

ج. تغطي الخطط الإستراتيجية مدى زمنياً طويلاً يتجاوز السنة وعادة تتبنى المستشفيات خططاً تمتد 3-5 سنوات وذلك لصعوبة التنبؤ بالمستقبل البعيد في بيئة تتصف بالتغير الدائم والمتسارع بسبب التغير السريع في التكنولوجيا الطبية والمعارف والعلوم الطبية والصحية. إضافة إلى التغيير الحاصل في العناصر الأخرى للبيئة.

د. الربط القوي والمباشر بين الخطة الإستراتيجية والموازنة المطلوبة لتنفيذ الخطة وتحقيق أهدافها. فلابد من وجود المخصصات المالية لكل هدف لتوفير

الأجهزة والمعدات المطلوبة والموارد البشرية اللازمة للبدء بتنفيذ الخطة. فبدون توفر المخصصات المالية الكافية يتعثر التنفيذ. فالنفخ لا يقلي بيضا.

عملية التخطيط الاستراتيجي

يساعد التخطيط الاستراتيجي المستشفى على دراسة وتفحص وتحليل البيئة الخارجية للمستشفى. وتتضمن هذه العملية ست خطوات منتظمة كما يلي:

1. **تحليل البيئة الخارجية:**

لتحديد الفرص والتهديدات وتطوير الاستراتيجيات الملائمة للتعامل معها.وتعتبر هذه الخطوة الأهم في التخطيط الاستراتيجي لأنها تضع تنبؤات وتقديرات مستقبلية تشكل الأساس الذي تعتمد عليه وتنبثق منه كل الخطوات اللاحقة.

2. **تحليل البيئة الداخلية:**

ويتضمن تحليل ثلاثة عوامل هي:

أ. صافي الإيرادات

ب.الموجودات المادية

ج. الكفاءات البشرية

إن صافي الإيرادات يبين وضع السيولة النقدية في المستشفى. فعند توفر سيولة كافية يتمكن المستشفى من شراء كل مستلزمات تنفيذ الخطة الإستراتيجية كالآلات والمعدات والمنشآت ودفع أجور مجزية، وتقديم الحوافز المادية دون اللجوء إلى التمويل الخارجي والذي قد يكون ذا كلفة عالية. وتتضمن الموجودات المادية الأجهزة والمعدات والمنشآت وكافة

المستلزمات المادية اللازمة لتنفيذ الخطة. أما الكفاءات البشرية فتتضمن تحليل الكفاءات البشرية الموجودة والتي تحدد والى حد كبير صورة المستشفى الذهنية لدى مستعملي الخدمة وسمعته لدى المجتمع المخدوم.

3. تحديد السوق المستهدف:

بعد تحليل البيئة الخارجية والداخلية يجري تحديد السوق المستهدف بالخدمة أو البرنامج المراد تقديمه من حيث حجم السوق والفئات المستهدفة وخصائصها، والخدمات المتوفرة لهم والخدمات المطلوبة وغير المتوفرة، والمنافسون وما يقدموا وما لا يقدموا من خدمات، والخدمات التي سيتم تقديمها وسعرها وأنشطة ترويجها والوصول لها. وغيرها من المعلومات التي لابد من توفيرها عن السوق المستهدف. وسيتم إلقاء مزيد من الضوء عن السوق المستهدف لاحقا عند الحديث عن تحليل الموقف التسويقي.

4. تحديد الأهداف:

وتشمل الأهداف الأساسية والثانوية للمستشفى ككل والأهداف الفرعية على مستوى الأنشطة والدوائر المختلفة. وعادة تركز المستشفيات على المجالات الهامة التالية عند وضع الأهداف:

أ. تقديم خدمات استشفائية مميزة وذات جودة عالية.

ب. النمو والمركز السوقي والحصة السوقية.

ج. إدارة واحتواء كلفة التشغيل والعمليات.

د. تنمية الموارد البشرية العاملة .

ه. التخطيط المالي.

و. المسؤولية الاجتماعية للمستشفى.

وسيتم الحديث عن تحديد الأهداف لاحقا ضمن مخرجات التخطيط الاستراتيجي.

5. توفير مستلزمات تنفيذ الخطة:

من حيث شراء الأجهزة والمعدات وتحضير المنشئات واختيار العناصر البشرية المؤهلة وتوظيف العناصر البشرية المطلوبة وتخصيص الموارد المالية للبدء بتنفيذ الخطة.وتعتبر هذه الخطوة المرحلة الأولى لتنفيذ الخطة الإستراتيجية .

6. المتابعة والرقابة وتقييم العمليات:

وهي الخطوة الأخيرة في عملية التخطيط الاستراتيجي.حيث لابد من متابعة تنفيذ الأنشطة عن قرب وبشكل منتظم وتصحيح الأخطاء ومعالجة المشاكل التي تعترض التنفيذ أولا بأول.

وجدير بالذكر أن معظم المشاكل التي تواجه التنفيذ يمكن إرجاعها إلى واحدة أو أكثر من خطوات التخطيط التي تقدم ذكرها.

فالتقديرات والتنبؤات التي يتم الوصول لها عند تحليل البيئة الخارجية والداخلية قد لا تكون صحيحة. وكما أن العناصر البيئية قد تتغير مع مرور الزمن. وعلى ذلك لابد من استشعار وملاحظة الأنشطة أثناء التنفيذ ومعالجة المشاكل مبكرا وبكلفة قليلة. كما قد نحتاج إلى إدخال التغيير والتعديل على ما تم تخطيطه من آن إلى آخر.

وعادة يتم تنقيح الإستراتيجية سنويا ومراجعتها بشكل دوري.بهدف معالجة المشاكل قبل استفحالها. وهذا يستدعي وجود مقاييس للأداء ومقارنتها مع الأهداف المخططة ومن ثم اتخاذ الإجراءات اللازمة للتصحيح والتعديل وإدخال التغيير اللازم على الخطة الإستراتيجية.

مخرجات التخطيط الاستراتيجي

على ضوء تحليل البيئة الكلية للمستشفى (الخارجية والداخلية) يمكن تحديد ما هي الخدمات والبرامج التي سيقدمها للمجتمع المخدوم وأين ومتى وكيف سيتم تقديمها. والأهداف التي سيحققها. وتتمثل مخرجات عملية التخطيط الاستراتيجي برسالة المستشفى، أهدافه، والاستراتيجيات لتحقيق الأهداف (الطرق) وخطط العمل Action plans التي تبين تفصيلات وإجراءات تحقيق الأهداف .

1. رسالة المستشفى

وهي نص عام موثق ومختصر (اقل من صفحة) يوضح مبرر وجود المستشفى في صناعة الرعاية الطبية.كما تبين الرسالة وبشكل عام الأغراض التي وجد من اجلها وتتضمن الرسالة بيان مهمة المستشفى الرئيسية وما يقدمه من خدمات ويقوم به من أنشطة. ويعكس كل ذلك فلسفة المستشفى ورؤيته لدوره في نظام الرعاية الطبية والصحية. وتعتبر رسالة المستشفى الإطار العام لنشاطه والأساس الذي ينطلق منه ويرتكز عليه التخطيط الاستراتيجي.

2. الأهداف

وتمثل المخرجات أو النتائج النهائية التي يرغب المستشفى في تحقيقها سواء أكانت معلنة أو ضمنية (أهداف البقاء والنمو والمسؤولية الاجتماعية). وتتم صياغة الأهداف المعلنة بالخطوط العريضة ومن وحي رسالة المستشفى وبالتناغم معها. وتقسم الأهداف إلى أهداف أساسية وثانوية للمستشفى ككل وأهداف فرعية للوحدات التنظيمية أو الأقسام في المستشفى.

ويراعى عند صياغتها أن تكـون أهـداف واقعيـة وممكنـة التحقيـق وقابلـة للقياس. وتعتبر الأهداف الأساسية مؤشرات للتوجه العام للمستشفى و تجسيدا لرسالته. وتـشمل هـذه الأهـداف، جـودة الخدمـة، والتكلفـة المعقولـة، التعلـيم والبحث العلمي، وبناء الصورة الذهنية الايجابية عنه لـدى الجمهـور المـستهدف بالخدمة.

ومن ضمن الأهـداف الأساسيـة الـضمنية المحافظـة علـى البقـاء والنمـو. وجدير بالذكر أن أولوية هذه الأهداف تتغير بتغير الظروف الاقتصادية والبيئيـة. فمع تزايد حدة المنافسة في الصناعة وشح الموارد تـصبح أهـداف البقـاء والنمـو أولوية أولى.

3. الاستراتيجيات وخطط العمل

تمثل الاستراتيجيات خيارات المستـشفى المتعلقـة بـالطرق والوسـائل الـتي سيستعملها لتحقيق أهدافه. وهي خطط طويلة الأجل. ومن الأمثلـة علـى هـذه الاستراتيجيات توسيع مدى الخدمات المقدمة scope بإضـافة خـدمات وبـرامج جديدة. وإستراتيجية التنويع في الأنشطة مثل الاسـتثمار في أنـشطة غـير مرتبطـة بصناعة الرعاية الطبية (فندقه، أسـهم صـناعة غـذاء ...) وإسـتراتيجية التكامـل الأمامي والخلفي وهي الامتداد والتوسـع علـى خـط الـصناعة أو الخدمـة مثـل تقديم خدمات متخصصة جدا إضافة إلى الخـدمات الـتي تقـدمها علـى مـستوى الرعاية الثانوية. وتقـديم خـدمات الرعايـة الأوليـة عـن طريـق المراكـز الطبيـة. وإستراتيجية تقليص الخـدمات أو الانكمـاش (التوقـف عـن تقـديم خدمـة مـا كخدمات الطوارئ أو تقليص بعـض الخـدمات كـإغلاق بعـض الأسـرة). أمـا خطط العمل Action plans فتشير إلى الخطة التفـصيلية للقيـام بنـشاط محـدد أو

برنامج معين على مستوى أقسام المستشفى والوحدات التنظيمية. وهي خطط عملياتية تنبثق عن الخطة الإستراتيجية وتتناغم معها وصولا إلى الهدف الاستراتيجي. وتتضمن هذه الخطط تحديد النشاط/ الأنشطة، وتحديد الشخص المسئول عن تنفيذ كل نشاط ، والموارد المطلوبة للتنفيذ. كما تبين زمن بدء النشاط وزمن الانتهاء منه.

4. تقييم البيئة

يتأثر المستشفى بالسياق البيئي الذي يعمل فيه. وعلى ذلك لابد من تحليل وتقييم عناصر البيئة والتغيير المتوقع عليها مستقبلا. واختيار البديل الملائم للتعامل مع الأحداث والمتغيرات. ويشمل التقييم البيئة الكلية بكافة أبعادها الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والأخلاقية والثقافية والدموغرافية والتكنولوجية والقانونية. والبيئة الخاصة (بيئة الصناعة الاستشفائية) وتشمل:

أ. التشريعات الناظمة للصناعة.

ب. المنافسة والمنافسون.

ج. طرق تمويل الخدمة.

د. التكنولوجيا الطبية وغير الطبية.

ه. الأبحاث والتعليم الطبي والصحي.

و. المستوى الصحي للسوق المستهدف من حيث المراضة والمؤشرات الصحية

ز. أنشطة وبرامج وخدمات الصحة العامة.

إن هذه العوامل البيئية إما أن تكون مواتية (ايجابية/ توفر فرص) تسهل مهمة المستشفى وإما أن تكون ضاغطة ومحددة للحركة والنشاط. وتعتبر المنافسة من اكبر العوامل الضاغطة على المستشفيات إضافة إلى التزايد المستمر في كلفة

إنتاج الخدمات الأمر الذي يستدعي من المستشفيات المواءمة بين إمكاناتها وقدراتها من جهة وأنشطتها وبرامجها من جهة أخرى.

ومن أهم الاستجابات التي أخذت بها المستشفيات لتحقيق المواءمة المطلوبة والتكيف مع معطيات البيئة التنافسية، التوجه المتزايد نحو تبني مفهوم التسويق الحديث وتوظيف تقنيات التسويق للمواءمة بين إمكاناتها وحاجات السوق وظروف البيئة المحيطة.

تسويق الرعاية الاستشفائية: الماهية والمفهوم

إن تسويق الرعاية الاستشفائية والطبية عموما هو نشاط حديث نسبيا إذا ما قورن مع التسويق في قطاع الأعمال والصناعة وذلك بسبب المعارضة الشديدة والتقليدية من أعضاء المهنة الطبية والانتقادات الموجهة للتسويق نتيجة المغالطات وإساءة فهم التسويق من الكثيرين. وبغض النظر عن الانتقادات فقد مارست المستشفيات أنشطة تسويقية ولسنوات ماضية عديدة مثل نشاط العلاقات العامة ونشر المعلومات للعملاء. واستطلاعات الرضا عن الخدمات وبناء السمعة الجيدة وغيرها. وبدأت المستشفيات في الدول الغربية بتوظيف المفهوم الحديث للتسويق وتقنياته منذ عام 1985 مع الانفراج القانوني الذي اعتبر الاعتراض عى تسويق الرعاية الطبية حرماناً للمرضى من حقهم في الحصول على المعلومات ويتناقض مع اقتصاد السوق والذي يقوم على المنافسة الحرة.

والتسويق ببساطة هو استجابة طبيعية لبيئة تنافسية. ويعرف التسويق بالطريقة التي تستعملها المؤسسات لتوائم بين مواردها وإمكاناتها وبين حاجات ورغبات عملائها وبذلك تحقق رسالتها التي وجدت من اجلها. وقد قدمت

الجمعية الأمريكية للتسويق تعريفا للتسويق بأنه "العملية الإدارية المسئولة عن التعرف والتوقع وإشباع حاجات ومتطلبات المستهلك بشكل مفيد (Ama, 1960).

من التعريف السابق يبرز بوضوح جوهر التسويق: وهو ما يسمى بمفهوم التسويق والذي تستعمله كل المؤسسات بما في ذلك المستشفيات كاتجاه عام للتفكير والعمل، ويقوم على فكرة التبادل الطوعي للقيم بين مزود الخدمة وبين مستهلك الخدمة.وعند ممارسة التسويق بهذا المفهوم يمكن التمييز بين مستشفى ذي توجه تسويقي واخر ذي توجه اخر. **فالخصائص التي تميز المفهوم التسويقي هي :**

أ. التسويق ابتداء وقبل كل شيء يمثل موقف ذهني ينظر إلى العملاء كهاجس وحيد عند اتخاذ القرارات المتعلقة بالأنشطة والخدمات والبرامج باعتبارهم مبرر وجود المستشفى. وان بقاءه ونموه يعتمد على قرارات وتفضيلات العملاء.

ب. العملاء هم نقطة البداية للبناء التنظيمي (الهيكلية العامة للمستشفى) وعلى ذلك فان جميع القرارات التي يأخذها المستشفى فيما يتعلق بماهية الخدمات التي سيقدمها ومتى وأين وكيف وبأي سعر يجب أن تتمحور حول رضا العملاء عن الخدمة واجتذابهم وكسب ولاءهم للمستشفى.

ج. التسويق هو (سلسلة من الأنشطة الضرورية لتلبية احتياجات ورغبات العملاء الحاليين والمنتظرين وتتضمن:

1. تحديد حاجات ورغبات العملاء بفئاتهم المختلفة (تقسيم السوق).

2. تطوير وتوزيع الخدمات الجديدة التي تلبي حاجات العملاء (الخدمة والتوزيع).
3. تسعير الخدمات بشكل مرضي للعملاء (السعر).
4. تعريف العملاء بالخدمات القائمة والجديدة (الترويج).
5. تقييم مدى النجاح أو الفشل في تلبية حاجات العملاء والتعامل مع المنافسين والتغير في البيئة التي تتعامل معها.

أهمية دور التسويق في الصناعة الاستشفائية

لم تعد وظيفة التسويق مقتصرة على مؤسسات الأعمال الإنتاجية والخدمية. بل امتدت الممارسة التسويقية بمفهومها المعاصر لتشمل المستشفيات ومنظمات الرعاية الطبية الأخرى. ويعود الإقبال المتزايد للمستشفيات على ممارسة التسويق إلى عدة أسباب:

1. التغير القانوني تجاه ممارسة الأنشطة التسويقية في الرعاية الطبية.
2. تراجع الانتقادات والمعارضة للأنشطة التسويقية من قبل الأطباء وهيئاتهم النقابية.
3. التوجه الرسمي المتزايد نحو الخصخصة وتبني ميكانيكيات السوق كمحاولة لإصلاح نظام الرعاية الطبية عن طريق تخفيف القيود والتشريعات الحكومية الناظمة للرعاية الصحية. وتشجيع المنافسة في الصناعة الاستشفائية لتحسين فعالية وكفاءة عمليات التشغيل ولتحسين الأداء العام.

إن جملة هذه الأسباب شجعت المستشفيات وخاصة كبيرة الحجم على تبني المفهوم التسويقي وتوظيف تقنياته لما لديها من إمكانات مالية تمكنها من الإنفاق على أنشطته المختلفة.

وتتضح أهمية التسويق في الرعاية الطبية بما يلي:

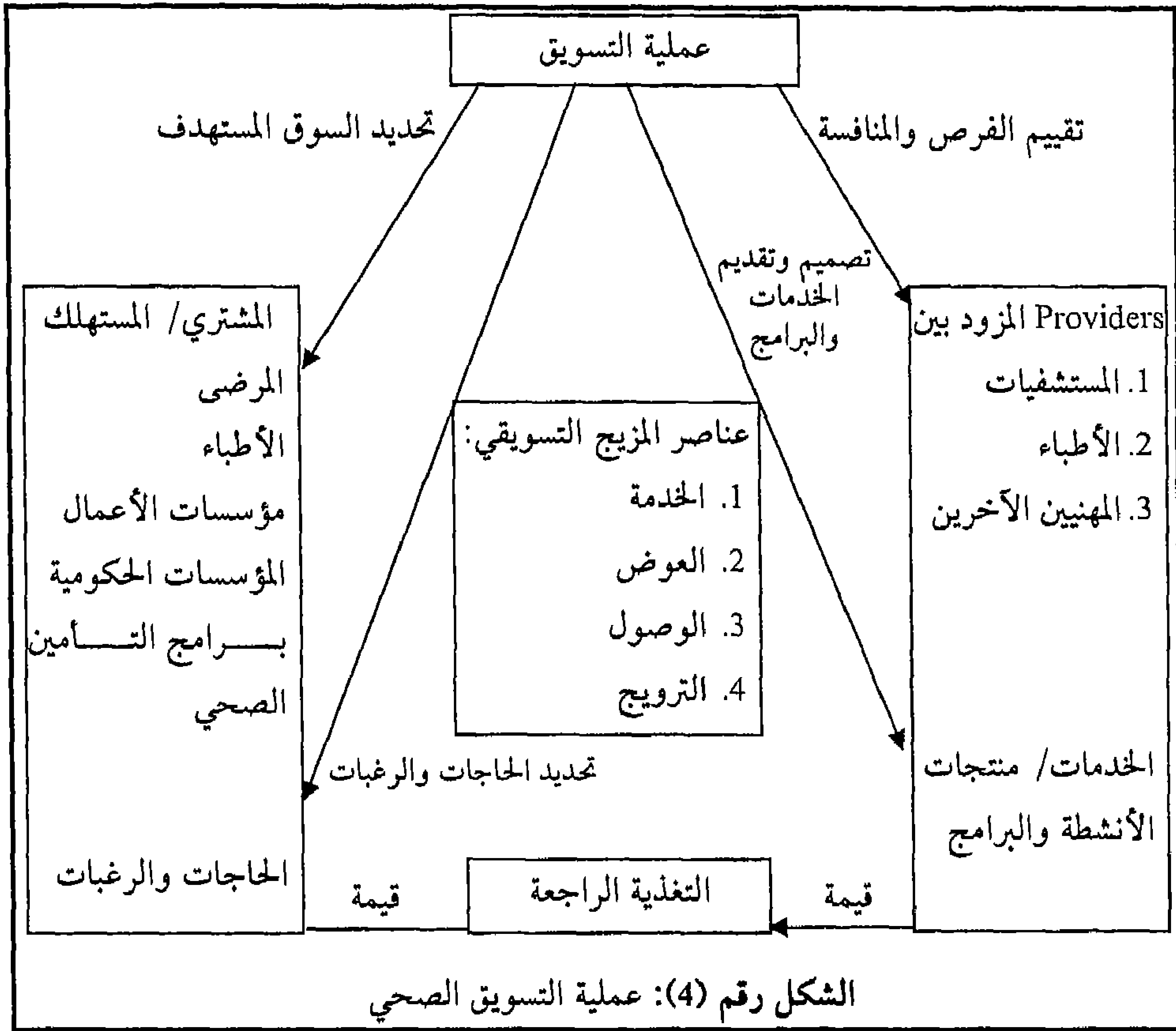
أ. **المواءمة بين العرض والطلب**: حيث يمكن لبحوث التسويق مساعدة المستشفيات على تحديد أفضل الخدمات التي يمكن تقديمها لفئات العملاء وتحديد المكان والزمان الأفضل والطلب المتوقع عليها.

ب. **التسويق يخلق المنافع**: فمن خلال التسويق يمكن إزالة العقبات الإدراكية والمكانية والزمانية التي تحد من استعمال الخدمات والانتفاع بها. فالتسويق يخلق المنفعة بتوفير الخدمة بالكم والكيف المناسب وفي المكان والزمان المناسب وبالسعر المناسب.

ج. **دعم فعالية إنتاج وتقديم الخدمات القائمة والجديدة**: فالتسويق يساعد على تطوير الخدمات بما يحقق الرضا للعملاء ويكسب ولاءهم.

د. **إشباع الحاجات الحالية والمتوقعة للعملاء**: من خلال تقديم ما يشكل حاجة وتطوير خدمات جديدة على ضوء ما يتوفر من تكنولوجيا ومعرفة جديدة.

إن مفتاح نجاح المستشفيات الآن ومستقبلا يعتمد على قدرتها على التقييم الدقيق والمستمر لحاجات العملاء في الأسواق المستهدفة. ويبين الشكل رقم (4) عملية التسويق الصحي.



الشكل رقم (4): عملية التسويق الصحي

تطوير خطة التسويق Marketing plan

يتم تطوير خطة التسويق للمستشفى على أساس تحليل الموقف التسويقي وأهداف المستشفى وإستراتيجية التسويق.

تحليل الموقف التسويقي Marketing situation

يتم تحليل الموقف بناء على المعلومات والبيانات التي يتم جمعها أثناء تحليل البيئة الكلية وبيئة الصناعة للمستشفى، والتي تصف الوضع القائم وتتنبأ بالتغيرات المستقبلية بالنسبة للمستشفى ككل ولكل خدمة أو نشاط أو برنامج يقدمه المستشفى. ويتضمن التحليل مؤشرات الأداء الكلية للمستشفى (الحصة

السوقية، الربحية، معدل استعمال الأسرة والموارد الأخرى، رضا العاملين، سمعة المستشفى...) والتنبؤ بالطلب المستقبلي على الخدمات وتحديد نقاط القوة والضعف والفرص والتحديات المتعلقة بالمستشفى ككل ولكل خدمة أو نشاط بشكل منفرد. وبناء على نتائج التحليل يمكن لإدارة المستشفى أن تعرف وضع كل خدمة الآن والى أين ستصل مستقبلا (استمرارية الخدمة، تراجع الخدمة، إغلاق...) ويتضمن تحليل الموقف التسويقي:

1. تحليل السوق المستهدف حاليا وفي المستقبل ويشمل ذلك المرضى، الأطباء، مؤسسات الأعمال، المؤسسات الحكومية، صناديق التامين الصحي والمشترين الآخرين لخدمات المستشفى والذين يؤثرون على قرار استعمال الخدمة/ شرائها. وتحديد حاجاتهم ورغباتهم الحالية والمستقبلية.

   وهنا لابد من الإشارة إلى سوق الأطباء بصفتهم وكلاء مفوضين عن مرضاهم وصانعي القرار حول استعمال الخدمة. وهذا يعني انه بالإضافة إلى الاستجابة لحاجات ورغبات السوق المستهدف لابد من الأخذ بعين الاعتبار مصالح وأهداف الأطراف المؤثرة على قرار استعمال الخدمة. فالأطباء يهتمون بالخدمات والتسهيلات والدعم الذي يمكن للمستشفى توفيره لهم لتسهيل عمل الأطباء. والجهات الدافعة للكلفة والمشترية لها تهتم بالجودة والكلفة. فمن حق من يدفع الفاتورة التأكد من الجودة وحسن استخدام الموارد.

2. تحديد مزيج الخدمات الحالي والمستقبلي وهذا يتطلب تحديد منطقة الخدمة للمستشفى والتعرف على خصائصها وحاجات الأسواق المستهدفة، ودرجة المنافسة في منطقة الخدمة. على ضوء ذلك يتم تحديد مدى اتساع الخدمات

وتخصصها Scope and intensity من حيث التوسع فيها أو تقليصها أو إعادة تنظيمها أو إلغائها حسب حاجة السوق المستهدف. ويمكن تقسيم السوق المستهدف على أساس:

أ. نوع الخدمة التي يحتاجها السوق. على سبيل المثال خدمات طبية، جراحية، توليد.

ب.العمر(أطفال، شباب، كبار السن).

ج. مستوى الدخل أغنياء، طبقة متوسطة، فقراء.

د. الجهة التي تدفع الفاتورة، دفعاً ذاتياً (المريض)، طرف ثالث (شركات تأمين، عام/ خاص).

إن تقييم الوضع التنافسي في السوق سيحدد مزيج الخدمة، والأسواق المستهدفة ومصادر التهديد للمستشفى. كما يكشف غياب المنافسة عن الفرص المتاحة.

وجدير بالذكر أن الأسواق المستهدفة عرضة للتغير الدائم وكذلك الأمر للحاجات والرغبات والتفضيلات والاتجاهات وحدة المنافسة والتكنولوجيا الطبية. كل ذلك يستدعي التقييم المستمر وإعادة النظر في مزيج الخدمات والبرامج المقدمة للسوق على ضوء إمكانات وقدرات المستشفى من حيث نقاط القوة والضعف لديه.وبالتالي إعادة النظر في عناصر المزيج التسويقي بما يسهل عملية التبادل.

الأهداف التسويقية

عند استكمال تحليل الموقف التسويقي لابد لمدير التسويق من تحديد الأهداف التسويقية للمستشفى بما ينسجم مع الأهداف الإستراتيجية

للمستشفى. وبحيث تكون الأهداف واقعية وقابلة للتحقيق والقياس. مثلا زيادة العائد من خدمة ما بنسبة 5٪ سنويا للأعوام الخمس القادمة، زيادة حجم الطلب على خدمة ما بنسبة 10٪ أو تقليل خسارة محققة من خدمة ما بنسبة 50٪ للأعوام الخمسة القادمة أو زيادة حجم الطلب أو عدد الزبائن بنسبة 20٪ للعام القادم.

إستراتيجية التسويق

وتتضمن التصميم والتطوير المنطقي لطريقة تحقيق الأهداف التسويقية. وترتكز هذه الإستراتيجية على القرارات التي تم أخذها بالنسبة للأسواق المستهدفة، وأساليب وتقنيات التسويق المراد استعمالها (إعلان، بيع شخصي، دعاية وعلاقات عامية، تثقيف صحي وتوعية......الخ) والموازنة التي تم رصدها واعتمادها للأنشطة التسويقية والتي تبين التخصيص المالي لكل بند ونشاط في إستراتيجية التسويق. وهذا يعتمد على القدرات المالية،وقناعة ودعم الإدارة لأنشطة التسويق وتقديراتها للعائد من الاستثمار في الوسائل الاتصالية المختلفة. ولنجاح إستراتيجية التسويق لابد من تركيزها على حاجات العملاء وتكاملها مع الخطة الإستراتيجية رسالة وأهدافاً.

عناصر المزيج التسويقي

بعد الانتهاء من وضع خطة التسويق يصار إلى وضع عناصر المزيج سويقي والمعروفة ب Ps4 في مؤسسات الأعمال. وهي المنتج، السعر، المكان، الترويج. أما في قطاع الرعاية الاستشفائية فالتصنيف الملائم لهذه العناصر هو SCAP وتعني الخدمة، العوض (ويشمل السعر) والوصول إلى الخدمة (سهولة المنال) والترويج.

ولابد من تصميم هذه العناصر بما يسهل عملية التبادل. وكذلك إعادة النظر بها على ضوء التغير المستمر في بيئة الصناعة.وتغطي الفصول من5-8 هذه العناصر بشيء من التفصيل.

العوامل المسئولة عن فشل برامج التسويق

يعتبر التسويق عاملاً حيوياً في ضمان البقاء والاستمرار لأية منظمة للرعاية الصحية. ولكن وجود برنامج التسويق لا يعني نجاحا تلقائيا فلا بد من تخطيط وتنفيذ البرنامج التسويقي بعناية وهنالك ستة عوامل تساهم في فشل البرنامج:

1. عدم ارتكاز برنامج التسويق على خطة تسويقية واضحة.
2. عدم تحديد السوق المستهدف للبرنامج.
3. عدم توفر الدعم للبرنامج من الإدارة والأطباء .
4. ضعف خبرات وقدرات ومؤهلات القائمين على إدارة وتنفيذ البرنامج من حيث المعرفة بتسويق الرعاية الطبية وخصوصيتها .
5. المبالغة في التوقعات المنتظرة من البرنامج. وعدم النظر إليه كجزء من الخطة الإستراتيجية بعيدة المدى. واستعجال النتائج على المدى القصير.
6. عدم الانتباه إلى أهمية التسويق الداخلي للبرنامج.ويعني التسويق الداخلي وجود فلسفة تسويقية واضحة لدى المنظمة ككل وحشد الدعم له من كل العاملين في أقسام المستشفى وهذا يتطلب النظر إلى المرضى والأطباء كعملاء وطرف في عملية التبادل الطوعي والتي قد ينظر العاملون إليها خطأ كمسلمة ابتداء وتحصيلا حاصلا.

الملخص

لابد لإدارات المستشفيات أن تولي اهتماما كبيرا للتخطيط الاستراتيجي وممارسته فعليا لتتمكن من الاستجابة لمعطيات البيئة المتغيرة وما فرضته من ظروف اقتصادية صعبة وتنافسية عالية. فالتخطيط الاستراتيجي يساعدها على توقع الفرص والتهديدات والاستجابة للتغير بما يضمن بقاءها ونموها. ويحسن من كفاءة وفعالية عملياتها.

وهنالك أربعة خصائص للخطة الإستراتيجية:

1. خارجية التوجه.
2. تساعد المستشفى على تبني مدخلا يقوم على الفعل والتصرف بدلا من الانتظار والترقب ورد الفعل.
3. تغطي أفقاً زمنياً أكثر من عام وعادة تمتد من 3-5 سنوات.
4. ترتبط بقوة وبشكل مباشر مع الموازنة لضمان التنسيق والتكامل بين الأهداف المرغوبة والموارد المالية المتاحة.

وتتضمن عملية التخطيط الاستراتيجي ست خطوات متسلسلة :

1. تحليل البيئة الخارجية لتحديد الفرص والمخاطر.
2. تحليل البيئة الداخلية لمعرفة نقاط القوة والضعف في ثلاثة مجالات هامة هي وضع السيولة النقدية، الأجهزة والمعدات والمنشآت، الموارد البشرية.
3. تحديد السوق المستهدف.
4. تحديد الأهداف.
5. تخصيص الموارد المالية اللازمة للأنشطة وتوفير مستلزمات التنفيذ.

6. المتابعة والرقابة والتقييم.

وتتضمن مخرجات عملية التخطيط تحديد رسالة المستشفى، صياغة الإستراتيجية وتحضير خطط العمل والتصرف.

وتعتبر إستراتيجية التسويق جزءاً لا يتجزأ من الخطة الإستراتيجية للمستشفى ويجب أن تستند إلى حاجات ورغبات العملاء والاستجابة لحاجاتهم وتوقعاتهم وبما يحقق الأهداف التسويقية وبالتناغم مع رسالة المستشفى وأهدافه.

ويعتبر التسويق على قدر كبير من الأهمية للصناعة الاستشفائية ويحقق لها فوائد وهي:

1. المواءمة بين العرض والطلب.
2. خلق المنافع.
3. تحسين فعالة العمليات.
4. إشباع حاجات ورغبات العملاء.

ويقوم مفهوم التسويق الحديث على فكرة محورية العميل وضرورة تحديد حاجاته ورغباته ومن ثم تخطيط وإنتاج وتقديم الخدمة بما يلبي هذه الحاجات والتوقعات. وعلى أساس التبادل الطوعي بين مزود الخدمة ومستعملها. وتخطيط عناصر التسويق (الخدمة، العوض، الوصول للخدمة وترويج الخدمة) بشكل يسهل عملية التبادل.

ولتطوير خطة التسويق لابد من تحليل الموقف التسويقي ويتضمن تحليل السوق المستهدف من مرضى وأطباء وأرباب عمل وغيرهم من مشتري الخدمة وضرورة تلبية حاجاتهم واخذ مصالحهم بالاعتبار. كما يتضمن تحديد مزيج الخدمات بناء على حاجات الأسواق المستهدفة من حيث مدى (اتساع)

الخدمات ومدى تخصصها ومدى الحاجة لها وما يترتب على ذلك من قرارات تحديث وتوسيع أو تقليص و إلغاء خدمة محددة. ويمكن تقسيم السوق على أساس نوع الخدمة، عمر العميل، مستوى الدخل، والجهة التي تدفع فاتورة الاستشفاء.

ويحدد تقييم الموقف التنافسي في السوق مزيج الخدمة، الأسواق المستهدفة، ومصادر التهديد للمستشفى والفرص المتاحة له. كما لابد من إعادة النظر في مزيج الخدمات على ضوء التغير المستمر في الحاجات وتفضيلات العملاء والتغير في المنافسة والتكنولوجيا اخذين بعين الاعتبار نقاط القوة والضعف في المستشفى وإعادة النظر بالمزيج التسويقي لتسهيل عملية التبادل.

يتم تحديد الأهداف التسويقية بناء على تحليل الموقف التسويقي. ويراعى أن تكون الأهداف واقعية وقابلة للتحقق والقياس. وترتكز إستراتيجية التسويق على القرارات المتعلقة بالأسواق المستهدفة وأساليب التسويق المراد استعمالها (وسائل الاتصال) وعلى مقدار الأموال المخصصة لأنشطة التسويق المختلفة. وتتألف عناصر التسويق من:

1. الخدمة.
2. العوض.
3. الوصول للخدمة وسهولة منالها.
4. الترويج.

ولابد من تصميم هذه العناصر بما يضمن تسهيل عملية التبادل بين مزودي الخدمات والعملاء. كما لابد من إعادة النظر بهذه العناصر وتعديلها على ضوء التغير في الصناعة الاستشفائية.

الفصل الخامس

الخدمة الاستشفائية/ المنتج
Service

الفصل الخامس

الخدمة الاستشفائية/ المنتج

Service

أهداف الفصل التعليمية

يتوقع من الطالب بعد دراسته لهذا الفصل أن يكون قادرا على:

1. الربط بين مفهوم المنتج ومفهوم التبادل الطوعي للقيم بين الطرفين.
2. تعريف المنتج/ الخدمة الاستشفائية بما ينسجم مع تسويق الخدمة الاستشفائية.
3. فهم أهمية تصميم وتقديم الخدمات الجديدة لبقاء واستمرار ونمو المستشفى في بيئة متغيرة وتنافسية.
4. وصف وتحديد الخدمات الجديدة التي يمكن للمستشفى تقديمها.
5. فهم أهمية تحديد الموارد المطلوبة لتقديم الخدمة الجديدة والعائد منها والحاجة الفعلية لها ومدى توفر الموارد المطلوبة لتقديمها.
6. تحديد مصادر الأفكار الجديدة لتطوير الخدمة وطرق توليد هذه الأفكار.
7. تحديد وتوضيح خطوات تطوير الخدمة الجديدة.
8. تحديد العوامل التي قد تتسبب في فشل الخدمة الجديدة.
9. فهم ومناقشة أهمية جودة الخدمة الاستشفائية كمنتج. وأهميتها من وجهة نظر تسويقية.
10. تحديد مفهوم الجودة من وجهة نظر المرضى وهرمية الحاجات ودورها في تحديد المفهوم.

مقدمة

عند تفكير المستشفى بتقديم خدمة جديدة أو تطوير خدمة قائمة، لابد له أن يأخذ في اعتباره حاجة المجتمع لها، وحجم الطلب عليها، وإمكانية استدامتها، وكلفة الموارد المطلوبة لتقديمها، والأهداف التي ستحققها من حيث مساهمتها في دعم قدرة المستشفى على البقاء والنمو وتعزيز مركزه المالي وقدرته التنافسية.

يتناول هذا الفصل مفهوم الخدمة/ المنتج الاستشفائي وتطوير الخدمة\ المنتج وجودة الخدمة الاستشفائية كمنتج هام.

مفهوم المنتج/ الخدمة

يشير مفهوم المنتج في الصناعة الاستشفائية إلى ما يقدمه المستشفى من منتجات مادية مثل الدواء أو خدمات مثل صور الأشعة والتحاليل وهي منتجات مادية محسوسة أو ما يقدمه من خدمات غير مادية كالفحص السريري والعملية الجراحية وخدمات التمريض وغيرها. وعند الحديث عن تسويق هذه الخدمات/ المنتجات لابد من ربط مفهوم المنتج/ الخدمة بمفهوم التبادل الطوعي للقيم بين الطرفين. مستشفى يقدم خدمة/ منتج ذي قيمة مقابل سعر متفق عليه مع الطرف المستفيد أو الطرف الثالث الدافع للفاتورة الاستشفائية (برامج التأمين الصحي أرباب العمل وغيرهم). وعلى ذلك فعند تعريف المنتج لابد من مراعاة فائدة التعريف في تسويق الخدمة الاستشفائية وضمن سياق مفهوم التبادل الطوعي المشار إليه .

تعريف المنتج/ الخدمة الاستشفائية

ضمن سياق تسويق الصناعة الاستشفائية وما تقوم عليه من فكرة جوهرية وهي مفهوم التبادل الطوعي نجد ثلاثة تعريفات للمنتج تنسجم مع مهمة التسويق ألاستشفائي ومفهوم التبادل الطوعي وهي:

1. **الخدمة/المنتج الاستشفائي:** هو حزمة المنافع المدركة والمتوقع لها أن تسد حاجات ورغبات المستهلك ويشمل ذلك الخدمات المقدمة قبل وبعد عملية التبادل.
2. **المنتج:** هو الرضا الكلي المتولد لدى المستهلك كنتيجة لعملية التبادل وكنتيجة لخبراته التفاعلية مع البيئة الاسشفائية الكلية بجانبيها المادي التقني والإنساني الاجتماعي.
3. **المنتج /الخدمة:** هو ما يقدمه مزود الخدمة (provider) في السوق: على ضوء هذه التعريفات ذات العلاقة المباشرة بتسويق الخدمة الاستشفائية يمكن أن يكون المنتج سلعة مادية ملموسة كالدواء والغذاء ويمكن أن يكون خدمة كالتصوير ألشعاعي والتحاليل المخبرية والعمليات الجراحية والتثقيف والتوعية الصحية والغذائية المقدمة للمستفيد.

ومن المتعارف عليه في الصناعة الاستشفائية أن المنتج يشير عموما إلى معالجة المرضى ويشمل ذلك التشخيص والعلاج وكافة الأنشطة العلاجية والوقائية التي تقدم للمرضى. كما يشمل مفهوم المنتج الاستشفائي مكونات أساسية ورئيسة تؤثر على النتيجة النهائية لعملية العلاج وهي جودة الرعاية الاستشفائية بشقيها التقني المادي والإنساني الاجتماعي. وهذان البعدان على درجة كبيرة من الأهمية في تسويق المنتج ألاستشفائي ويشكلان الحصيلة النهائية

لخبرات التفاعل والتبادل بين المستفيد والمستشفى، وتتقرر بناء عليها درجة الرضا الكلية للمستفيد من الخدمة الاستشفائية التي تلقاها.

الخدمات/المنتجات الجديدة

إن تصميم وتقديم الخدمات أمر حيوي وهام ليس فقط لنمو المستشفى بل في أحيان كثيرة لبقائه واستمراره في بيئة متغيرة من حيث الاحتياجات والتوقعات وفي بيئة تنافسية وبشكل متزايد. وهنالك مدى واسع من الخدمات الجديدة التي يمكن للمستشفى تقديمها وتشمل على سبيل المثال:

1. خدمات تمثل نشاطا جديدا مثل برامج التوعية والتثقيف الهادفة إلى تعديل السلوكيات السلبية لدى الإفراد والجماعات كالتدخين والإفراط في الطعام وتناول الكحول والقيادة الخطرة للسيارات والتعامل مع الأمراض كمرض السكر وضغط الدم والتوتر الشرياني والكشف المبكر لها وكيفية التعامل معها. وغير ذلك من خدمات هادفة للتأثير على السلوك سواء أكانت للمرضى الحاليين أو لأفراد وجماعات محددة في المجتمع.
2. خدمات تمثل تحسين و ترقية أداء ونشاط موجود في المستشفى مثل التثقيف والتوعية الصحية للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكر وضغط الدم.
3. وقد تكون الخدمة الجديدة عبارة عن تطبيقات جديدة لخدمة موجودة وقائمة في المستشفى مثل تحويل قسم الولادة في المستشفى إلى مركز للتوليد بنمط وسياق عائلي.
4. خدمة تمثل نشاطاً إضافياً إلى الأنشطة التي تقدم من قبل دائرة أو قسم قائم. مثل تقديم خدمات الرعاية الأولية في قسم الطوارئ .

5. تقديم الخدمة القائمة إلى سوق جديد مثل تقديم خدمات أطباء الاختصاص في المراكز الطبية المتواجدة في مناطق جغرافية حول المستشفى أو في المجتمع المحلي.
6. تقديم خدمات تشخيص بكلفة متدنية أو رمزية مثل خدمات الكشف المبكر لسرطان الثدي حيث يمكن للكلفة الرمزية للخدمة خلق طلب كبير على الخدمة وتوليد خدمات وطلب جديد على خدمات المستشفى.
7. دمج وتكامل خدمات مختلفة في دائرة واحدة مثل تجميع خدمات العلاج الطبيعي، العلاج التنفسي والعلاج المهني واختبارات الإجهاد والضغط النفسي في دائرة للصحة والتأهيل لتحسين كفاءة تشغيل هذه الخدمات واحتواء التكاليف وتيسير منال هذه الخدمات دون الحاجة إلى التنقل من مكان إلى أخر.
8. تقديم بعض خدمات التشخيص وبعض الفحوصات المخبرية خارج المستشفى بترتيبات إدارية مع المختبرات الخاصة والعيادات الخاصة بما يمكن من خفض كلفة الخدمة وسعرها وتحسين سهولة منالها .
9. ترقية وتحديث خدمة قائمة مثل تحديث العيادات الخارجية وأماكن انتظار المرضى وتحسين نظام المواعيد وتحسين إجراءات استقبال المرضى والتعامل معهم بما يحقق درجة أعلى من الرضا وكسب ولائهم .

ومما يجب ذكره والتنبيه عليه عند التفكير في تقديم الخدمات الجديدة أنها مكلفة وتتطلب موارد كبيرة وقد تتطلب إعادة هيكلة للبناء التنظيمي للمستشفى. وعلى ذلك لابد من تحديد واضح لنوع الخدمة الجديدة وتحديد مساهمتها (العائد) في خدمة أهداف المستشفى والمخاطر المترتبة على فشلها من

حيث خسارة الموارد أو الضرر المحتمل للصورة الذهنية للمستشفى لدى المجتمع المحلي. كما لابد من التأكد من وجود حاجة فعلية لهذه الخدمة وتوفر الموارد اللازمة لتقديمها (بشرية ومادية) وقدرة المجتمع على دعم استمرارية الخدمة (الطلب المتوقع). وجدير بالذكر أن أي خدمة جديدة لابد من أن تبدأ بفكرة أولا. وهنالك مصادر متعددة لهذه الأفكار.

فكرة الخدمات الجديدة

إن الأفكار الجديدة قد تأتي بشكل غير رسمي من أي فرد وفي أي زمان ومكان. فقد تأتي نتيجة ملاحظة الواقع. وقد تأتي من خلال حديث أو لقاء عابر. كما أنها قد تأتي بشكل رسمي باستعمال طريقة معروفة لتوليد الأفكار الجديدة وتشجيعها ومن هذه الطرق:

1. طريقة لعب الأدوار

وتقوم على تمثيل وتقمص الأدوار من قبل موظفي المستشفى كأن يطلب لأحدهم لعب دور موظف الاستقبال ولاخر لعب دور المريض. ومن ثم تتم ملاحظة ورصد التفاعل بينهما، وتسليط الضوء على أخطاء التعامل بهدف تحسين عملية التفاعل وتسهيل إجراءات الدخول للمستشفى بما يخدم تسويق المستشفى في مرحلة ما قبل الدخول .

2. العصف الذهني

حيث يطلب من مجموعة صغيرة من الأشخاص ذوي المعرفة لتقديم الأفكار حول موضوع معين (حاجة ما) دون الاهتمام أو القلق حول أهمية وجدوى هذه الأفكار. حيث تقبل كل الأفكار مبدئيا من غير انتقاد أو تقييم، ثم يصار في مرحلة لاحقة إلى تنقيح هذه الأفكار واختصارها في قائمة قصيرة ومن

ثم توزع على المشاركين من اجل التعليق عليها وتقييمها بهدف تنفيذ ما يتم الاتفاق عليه.

3. العصف الذهني المعاكس:

وهي كسابقتها تستعمل مجموعة صغيرة من ذوي المعرفة إلا أنها تركز على عيوب وضعف خدمة أو منتج قائم. ويتم رصد أو تسجيل هذه العيوب والمشاكل ومن ثم يطلب من المجموعة وضع الحلول والتوصيات لمعالجة كل عيب أو خلل في الخدمة الحالية لتحسين الخدمة.

4. طريقة توثيق قائمة المنافع:

تستعمل هذه الطريقة كسابقتها مجموعة صغيرة من ذوي المعرفة لتوليد قائمة بحاجات ورغبات الزبائن بخصوص خدمات المستشفى التي يتلقونها، من حيث الاهتمام والرعاية وسرعة الاستجابة وملاءمة الخدمة ووقت الانتظار وسعر الخدمة، وما إلى ذلك من أمور يرغب بها المرضى والزبائن ويشتكون منها. ومن ثم يطلب من المجموعة وضع قائمة بالخدمات الموجودة والمطلوبة لتلبية الاحتياجات والرغبات التي حددت في القائمة الأولى.

5. طريقة العلاقات الحرة:

حيث يطلب من الموظفين ذوي المعرفة كتابة قائمة بالمشاكل الرئيسة أو الحاجات ومن ثم يطلب منهم كتابة قائمة بالخدمات التي يمكن أن تحل المشاكل التي حددت آنفاً.

إن عملية توليد الأفكار الجديدة لخدمات جديدة تحتاج دائما إلى تشجيع الإدارة للأفراد للمساهمة بتقديم الأفكار الجديدة وهذا يتطلب تقديم الحوافز للأفراد لتشجيعهم على ذلك سواء أكانت هذه الحوافز مادية أو غيرها. وجدير

بالذكر أن المنظمات المتميزة عند تقييم أداء العاملين لديها تركز على عدد الأفكار الجديدة التي يقدمها كل عامل لديها كجزء أساسي من تقييم الأداء السنوي.

تطوير المنتج /الخدمة الجديدة

عند التفكير بتطوير المنتج/ الخدمة الاستشفائية لابد من التأكد بان تطوير المنتج ينسجم مع رسالة المستشفى وأهدافه. ولابد كذلك من الأخذ بالاعتبار الثقافة السائدة في المستشفى باعتبارها الحاضنة للخدمات. فقد تسهل الثقافة إدخال الخدمة الجديدة وقد تسهم في فشل الخدمة الجديدة. كما لابد من النظر إلى الأثر المترتب على تطوير الخدمة على العاملين في المستشفى وعلى المجتمع المخدوم قبل الشروع بإدخال الخدمة أو التوسع في الخدمات القائمة.

وهنالك خطوات محددة يمكن اتباعها عند تطوير الخدمة الجديدة:

1. توثيق وكتابة وعرض فكرة تطوير المنتج بشكل مختصر بحدود صفحة واحدة تتم فيها الإجابة عن أسئلة محددة تتعلق بالسوق المستهدف من الخدمة، حاجات المستهلكين وأهدافهم ومعتقداتهم حول الخدمة، والمنافسين المحتملين الذين يمكن أن يقوموا بتطوير وتقديم الخدمة نفسها .
2. عقد حلقة نقاش من مجموعة من الخبراء ممن لديهم معرفة بتطوير المنتج تحت الاعتبار للحصول على الإضاءات والأفكار والرأي حول تطوير الخدمة ومدى حاجة وقبول السوق للخدمة. والنواحي الإجرائية والتشغيلية لتطبيق الخدمة. ولابد لمجموعة النقاش من أن تضم خبراء في الإدارة والتسويق والعمليات.

3. الاطلاع على الأدبيات المتعلقة بالمنتج الجديد أو المطور، وتجارب الآخرين في هذا المجال، وتقديم نتائج البحث إلى مجموعة الخبراء التي تم ذكرها في الخطوة رقم 2 للحصول على تعليقاتهم وتوصياتهم بشأن التقدم باتجاه تطوير المنتج.
4. تحضير قائمة بالمنافسين المحتملين وتقديم ردود أفعالهم واستجاباتهم المحتملة عند اتخاذ قرار بتطوير وإدخال المنتج إلى الخدمة، وقدرتهم على تطوير منتجات مشابهة. واحتمالية أقدامهم على ذلك. والى أي مدى يشكل تهديدا لنجاح تطوير المنتج.
5. تطوير خطة المنتج. ويتمثل ذلك بوضوح في متطلبات المنتج من الموارد وما هو متوافر فعلا وكيفية توفير العجز والنقص في الموارد والإمكانيات. ويشمل ذلك مقدار الاستثمارات المطلوبة وكلفة تشغيل ودعم المنتج وتحضير موازنة له. ومراجعة سياسات التشغيل وتسعير المنتج والدخل المتوقع والعائد المنتظر منه.
6. تقدير معدل الاستعمال المتوقع للمنتج وذلك لتحديد الطلب. وهنالك عدة أساليب تستعمل لتحديد الطلب المتوقع منها الأبحاث والاستقصاءات والمسوحات، معدل الاستعمال الحالي للمنتج في السوق ومعدلات الاستعمال للأعوام الماضية .
7. اختبار المنتج حيث يمكن عمل ذلك بإدخال المنتج إلى السوق الكلي أو إلى جزء من السوق أو تقديمه إلى مجموعة من الخبراء. ويفضل إدخال المنتج إلى جزء من السوق قبل إدخاله إلى السوق الكلي لتقليل فرصة المخاطرة ولإمكانية إدخال التعديلات المطلوبة على المنتج قبل تعميمه وإدخاله إلى السوق.

8. استشعار وتقييم أداء المنتج في السوق بشكل منتظم ومستمر وتعديله ليتلاءم مع التغيير المحتمل والمستمر في السوق وتغير حاجات ورغبات وتوقعات المستفيدين والمستعملين للمنتج .

أسباب فشل الخدمة/ المنتج الجديد:

هنالك العديد من العوامل التي قد تسبب فشل الخدمة الجديدة. ومن هذه الأسباب:

1. خلل في تقدير وتقييم مدى حاجة السوق للخدمة الجديدة .
2. عدم أو سوء توقع ردود أفعال المنافسين وإمكانية تقديمهم لخدمات شبيهة ومنافسة.
3. التوقيت الخاطئ لإدخال الخدمة.
4. تغير في السوق بعد إدخال الخدمة وتراجع الطلب عليها.
5. عدم دقة تقديرات كلفة الخدمة وسوء إستراتيجية التسعير.
6. ضعف أنشطة الترويج للخدمة الجديدة .

إن العديد من هذه الأسباب قد تقع خارج نطاق سيطرة المستشفى وعلى ذلك فمن الأهمية للمستشفى التمييز بين العوامل الخاضعة لسيطرته والعوامل خارج نطاق سيطرته. وعلى ضوء ذلك يتحدد ما يمكن وما لا يمكن فعله لإصلاح الخلل.

جودة الخدمة الاستشفائية كمنتج

تشكل جودة الخدمة الاستشفائية المنتج الرئيس والأساس الذي تنتجه المستشفيات من الناحية التسويقية. فهو القضية الأساسية والأكثر أهمية في تسويق هذه الخدمات. وعلى ذلك فهو محل اهتمام إدارات المستشفيات والمستهلكين والأطباء والمسوقين ومولي الخدمات (الجهات الدافعة للكلفة). حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على جودة الخدمة الاستشفائية لتحقيق أهدافها ومصالحها . و تختلف هذه الأطراف المشاركة في العملية الاستشفائية على تعريف الجودة كمفهوم فكل ينظر إليها من وجهة النظر التي تحقق أهدافه ومصالحه.

تعريف جودة الخدمة الاستشفائية:

تعتبر جودة الرعاية الطبية كمفهوم من اعقد المفاهيم سواء من حيث التعريف أو القياس. ويعد تحديد دونابدين وتعريفه لمكونات جودة الرعاية الطبية ومداخل قياسها جزءا لا يتجزأ من معظم محاولات تعريف الجودة وقياسها كمفهوم وقد حدد دونابدين ثلاثة مكونات للجودة وهي: المكونات الفنية والمكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية والمكونات البيئية والهيكلية. تشير المكونات الفنية إلى درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية لأغراض تشخيص المشكلات الصحية ومعالجتها.

وتشير المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية للجودة إلى الاستجابة لحاجات المرضى وتوقعاتهم والمعاملة الودية والاهتمام من جانب منتجي خدمات الرعاية الطبية ومقدميها عند تعاملهم وتفاعلهم مع المرضى. كما تشير المكونات البيئية للرعاية إلى البيئة الكلية التي يتم ضمنها إنتاج خدمات الرعاية

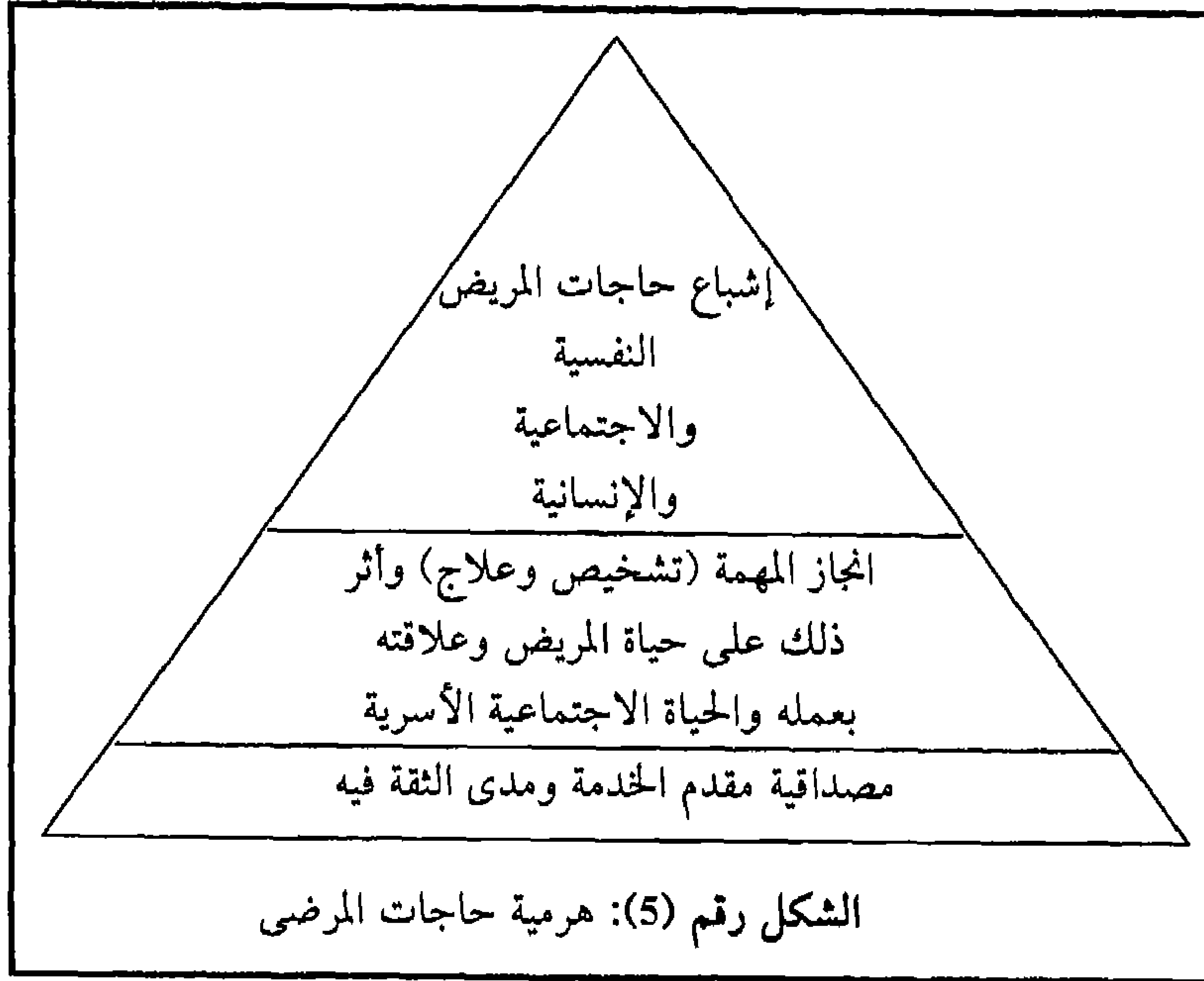
الطبية وتقديمها ويتضمن ذلك جاذبية المؤسسة الصحية ومدى توافر مستلزمات الراحة والاطمئنان للمرضى في هذه المؤسسة، والخصائص الهيكلية والتنظيمية لها. ومع التحديد الواضح والدقيق لمكونات الجودة كما حددها دونابدين فان الجودة كمفهوم واسع ومعقد تعني أشياء مختلفة للأطراف المتعددة المشاركة في عملية إنتاج خدمات الرعاية الطبية وتقديمها وتمويلها واستهلاكها. فقد تعني لمديري المستشفيات توظيف أفضل العناصر البشرية والتسهيلات (أبنية وأجهزة ومعدات) لتقديم الخدمة الاستشفائية.

وقد تعني الجودة للمرضى تلقي رعاية حانية تتصف بالمودة والاحترام والشعور بأنهم محور الاهتمام والتركيز من قبل منتجي هذه الخدمات ومقدميها. كما أن الجودة من وجهة نظر الأطباء قد تعني توفير أعلى مستوى ممكن من المعارف والمهارات والموارد المطلوبة وصولا إلى أفضل النتائج لمرضاهم. كما قد ينظر مشترو التامين والجهات الممولة للخدمة (صناديق التامين وأرباب العمل) إلى الجودة كرديف لكلفة هذه الخدمات.

كما قد ينظر المختصون في التسويق إلى الجودة من حيث الاستجابة لتوقعات المستهلكين ورغباتهم. إن اختلاف هذه الجهات المتعددة حول مفهوم الجودة يؤدي بالضرورة إلى الاختلاف حول مقاييس الجودة التي يستعملها كل طرف. فقد تكون الحصة السوقية بالمقارنة مع المنافسين والصورة الاجتماعية الايجابية للمؤسسة هي المقاييس المفضلة للجودة من وجهة نظر الإداريين وقد تكون المراجعة المهنية للأنشطة الطبية والجراحية هي المقياس المفضل من وجهة نظر الأطباء وقد تكون النتائج النهائية لاستهلاك الخدمة هي المقياس الأفضل من وجهة نظر البعض الآخر من الأطباء.

وقد تكون كلفة هذه الخدمات هي المقياس الأفضل من وجهة نظر الجهات الممولة والمؤمنة لهذه الخدمات (صناديق التامين وأرباب العمل). أما من وجهة نظر المسوقين فإن رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم هو المقياس الأفضل للجودة. ومع أن وجهات النظر المختلفة لهذه الأطراف المتعددة حول مفهوم الجودة وقياسها تستند إلى منطق ما ولها مبرراتها فإنها لا تخلو من سوء الفهم وأوجه القصور. حيث يؤخذ على كل وجهات النظر السابقة بأنها أحادية النظرة والبعد في تعاملها مع الجودة كمفهوم واسع. وتستعمل مدخل قياس ضيقاً ومحدوداً لقياس مفهوم متعدد الأبعاد. أما من ناحية التسويق للخدمة فقد ركزت معظم الدراسات والأبحاث في مجال تسويق الخدمة الاستشفائية على مفهوم الجودة من وجهة نظر المسوقين حيث تعرف الجودة برضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم ومدى مطابقتها لتوقعاتهم وتلبية احتياجاتهم. وعلى ذلك فان أفضل ما يمكن لمديري المستشفيات عمله للمحافظة على الجودة من وجهة نظر المرضى هو تلبية حاجات المرضى وتوقعاتهم وبحيث تكون خبرة المرضى في التعامل مع المستشفى مرضية وايجابية.

وقد صنف (Bopp 1988) حاجات المرضى بثلاث حاجات متصاعدة هرميا كما يبين الشكل رقم (5) وان إشباع هذه الحاجات للمرضى هو الذي يحدد مفهوم الجودة من وجهة نظرهم وهذه الحاجات:



الشكل رقم (5): هرمية حاجات المرضى

مرتبة تصاعديا وهي:

1. الثقة بمزود الخدمة وقدراته وأمانته وإخلاصه في التفاني من اجل مصلحة المريض وصحته.
2. انجاز المهمة بما يخفف الألم والمعاناة واستعادة الصحة بشكل يمكنه من ممارسة عمله ووظيفته بالشكل المطلوب. وكذلك بما يمكنه من ممارسة دوره الاجتماعي والأسري.
3. التفاعل الشخصي بين المريض وبيئة المستشفى بما يحقق حاجات المريض النفسية والاجتماعية والإنسانية وهذا يعتمد على حصيلة وفن التفاعل الاجتماعي وهل كانت الخبرة ايجابية أم سلبية.

وتمثل الحاجة الأولى والثانية الحد الأدنى للمرضى وإذا ما أضيفت الحاجة الثالثة تتحقق درجة عالية من الرضا.

ويمكن القول بان المستشفيات التي تستطيع أن تقدم خدمات ذات جودة من منظور المرضى (رضا المرضى وتلبية احتياجاتهم وتوقعاتهم) والتي تركز على الجودة كمنتج هام يمكنها البقاء والنمو في بيئة تنافسية. ومما يعزز موقع المستشفى في السوق التنافسي كذلك القيام بأنشطة الترويج اللازمة لتعزيز الصورة الذهنية الايجابية للمستشفى وإعلام السوق المستهدف عن خدماته وبرامجه وما يستجد منها. وكذلك القيام بأنشطة التوعية والتثقيف الصحي حول الأمراض والمشاكل الصحية المزمنة التي يعاني منها الأفراد والجماعات. وان يجعل المستشفى من كل ذلك إستراتيجية لتحسين حصته السوقية.

الملخص

يشير مفهوم المنتج في الصناعة الاستشفائية إلى سلعة مادية كالدواء أو خدمة كصور الأشعة والتحاليل أو أشياء غير ملموسة كأنشطة وخدمات التثقيف والتوعية الصحية. ورغم ذلك فإن المنتج الأساسي للمستشفى هو رعاية وعلاج المرضى ومصابي الحوادث. وهذا المنتج الرئيسي والأساسي للمستشفيات له مكونات هامة تأتي جودة الخدمات في مقدمتها وهي القضية الأولى والأساسية لنجاح برامج التسويق ونظرا لتغير حاجات السوق وادراكات المستهلكين فلابد للمستشفيات من تطوير وتقديم خدمات جديدة ويتطلب تطوير الخدمات الجديدة اهتماماً كبيرا بإمكانيات الخدمة الجديدة في توليد طلب كاف على خدمات المستشفى ومساهمتها في تحقيق أهداف المستشفى.

ويمر تطوير الخدمات الجديدة بخطوات محددة ومتسلسلة بشكل منظم من أبحاث سوق واستقصاء حاجات السوق إلى تقييم القدرات والإمكانات لتقديم الخدمة الجديدة، واختبار المنتج الجديد والمتابعة والتقييم المستمر لأداء المنتج في

السوق. وان وراء كل خدمة جديدة فكرة ما. وتأتي الأفكار للخدمات الجديدة من مصادر غير رسمية (عرضية) ومصادر رسمية متعددة منها اللجان ومجموعات العمل المتخصصة والعصف الذهني ولعب الأدوار. ويمكن كذلك أن تأتي بشكل غير رسمي نتيجة ملاحظة الواقع أو حديث عابر أو لقاء غير مخطط له بين الأشخاص.

الفصل السادس

سعر الخدمة الاستشفائية/ العوض

Price/ consideration

الفصل السادس

سعر الخدمة الاستشفائية/ العوض

أهداف الفصل التعليمية

يتوقع من الطالب بعد دراسة هذا الفصل أن يكون قادرا على:

1. تعريف مفهوم العوض وتحديد دوره في عملية التبادل الطوعي في السياق الاستشفائي.
2. توضيح وتحديد أهداف تسعير الخدمة الاستشفائية.
3. فهم وتوضيح العلاقة بين السعر والطلب في الخدمات الصحية.
4. تحديد ووصف الاستراتيجيات التي تستعمل لتحديد سعر الخدمة.
5. تحديد أسباب عدم قدرة السعر على تنظيم الطلب على الخدمة الصحية.
6. تشخيص الأخطاء الشائعة في ممارسات التسعير في المستشفيات.

مقدمة

يقوم مفهوم التسويق على فكرة التبادل الطوعي. ويتأثر التبادل الطوعي في السياق الاستشفائي بمجموعة من العوامل يطلق عليها في الصناعة الصحية العوض أو المقابل (Consideration) ويشمل العوض السعر الذي يدفعه المستهلك مقابل ما يحصل عليه من خدمات. وجدير بالذكر أن سعر الخدمة الاستشفائية في أحيان كثيرة لا يدفع مباشرة من قبل المرضى مما يجعلهم غير حساسين للسعر. وبالتالي عدم تأثر عملية التبادل بالسعر. بل أن بعض المرضى قد يسعى للحصول على الخدمة الاستشفائية من المستشفيات ذات السعر الأعلى على اعتبار أن السعر الأعلى يعني جودة أعلى. ويشمل العوض كعنصر مؤثر على عملية التبادل الطوعي بالإضافة الى السعر عوامل عديدة غير ملموسة مثل القلق والتوتر الذي يعتري المريض، عدم ملاءمة الخدمات من حيث الزمان والمكان وكلفة السفر، ووقت الانتظار والقيمة النفسية المدركة للخدمة والتي تتأثر بالصورة الذهنية المدركة للمستشفى، وسمعة المستشفى.كل هذه العوامل تؤثر في عملية التبادل.

ويمكن القول بان التسعير ولمعظم المستشفيات ليس مجرد طريقة لتغطية نفقات التشغيل وتوليد هامش ربحي. فهو كذلك عنصر أساسي من عناصر إستراتيجية التسويق والذي قد يسهل أو يصعب من عملية التبادل بين مزود الخدمة والمستهلك. ويبين هذا الفصل أهداف التسعير والطرق المختلفة لتسعير خدمات المستشفى ومناقشة التسعير كإستراتيجية تسويقية تساعد المستشفى على تحقيق أهدافه وأهداف أصحاب المصالح المتعاملين مع المستشفى، والعلاقة بين السعر والطلب والعرض في الخدمات الصحية، ودور الطرف الثالث الدافع

للتكلفة (برامج التامين الصحي) وأثره على الطلب على الخدمة الصحية. ويختتم الفصل بالتنبيه الى بعض ممارسات التسعير الخاطئة التي تقوم بها بعض المستشفيات.

أهداف التسعير

لابد لمديري المستشفيات من تحديد أهداف التسعير لمؤسساتهم. وهنالك سبعة أهداف تسعير مختلفة يمكن الاختيار من بينها حسب ظروف المستشفى وأهدافه وفلسفته ورسالته ونوع المرضى المتعاملين معه والمشاركين الآخرين من ذوي المصالح. وفيما يلي توضيح موجز لأهداف التسعير:

1. تحقيق الفائض أو الربح

ويستعمل مفهوم الفائض في المستشفيات غير الربحية والتي كثيرا ما تحقق خسائر في نهاية العام. وتعوض ذلك بالمنح والتبرعات والدعم من الجهات الخارجية. وحيث إن الدعم الخارجي في تراجع أصبحت المستشفيات غير الربحية حريصة على تحقيق فائض أو ربح من الخدمات التي تقدمها لضمان توفير الأموال اللازمة للاستثمار والنمو المستقبلي. والفائض كمفهوم يعني الفرق بين الإيراد الحاصل من خدمات المرضى مطروحا منه الخصومات التي يمنحها المستشفى لبعض مستهلكي الخدمة أو الديون المعدومة وأية مبالغ متسامح بها نتيجة التعاقد مع بعض مشتري الخدمة. ويمكن تحقيق فائض ليس فقط من الخدمات المقدمة للمرضى بل كذلك من توفير النفقات من خلال الاستفادة من اقتصاديات الحجم في المستشفيات كبيرة الحجم ومن تحسين كفاءة التشغيل ومركزية الإدارة والعمليات. وقد يأتي من التسعير المبالغ فيه ومن الكفاءة في تحصيل الديون أكثر منه من كفاءة التشغيل.

2. تعظيم الإيراد الصافي من خدمات المرضى

(الإيراد الكلي مطروحا منه الخصومات والديون المعدومة والمبالغ المتسامح بها نتيجة التعاقد). ومن وجهة النظر التسويقية يمكن تحقيق هذا الهدف ليس فقط من خلال اجتذاب عدد كبير من المرضى، بل كذلك من خلال اجتذاب فئات محددة من المرضى مثل المؤمنين من خلال برامج التأمين التجارية، والمرضى الأغنياء من غير المؤمنين. ولا بد للمستشفى عند تبني هذا الهدف الموازنة مع التزامه الأخلاقي والإنساني بعلاج المرضى الفقراء وغير المؤمنين. كما يتأثر تحقيق هذا الهدف بالممارسات المحاسبية والمالية التي قد يلجأ لها المستشفى بخصوص قرارات توزيع كلفة التشغيل وتحميلها على الخدمات ذات الاستعمالية العالية والتي يتم تعويض المستشفى عنها على أساس كلفة الخدمة.

3. استرجاع الكلفة (Cost recovery)

وهو هدف تسعى له الكثير من المستشفيات غير الربحية والحكومية حيث تضع سعرا يمكنها من استرجاع الكلفة أو جزء منها لأنها تعتمد على مصادر أخرى لتعويض الكلفة غير المستردة. وجدير بالذكر أن تعويض المستشفيات المرتكز على الكلفة يحقق هذا الهدف. الذي يتطلب من المستشفى معرفة وتحديد كلفة إنتاج خدماته.

4. تعظيم استعمالية الخدمات والموارد

فقد تسعى كثيرا من المستشفيات لتعظيم عدد مستعملي خدماتها من اجل تعظيم الإيراد الصافي من خدمات المرضى وخاصة عندما تكون الكلفة المتغيرة منخفضة وبذلك يكون كل مستعمل للخدمة يمثل إيراداً صافياً للمستشفى.

وجدير بالذكر أن أنشطة الترويج لخدمات وبرامج المستشفى تخدم هذا الهدف، وقد يقدم المستشفى الخدمة بأسعار اقل لتعظيم استعمالية مواردها.

5. تثبيط استعمالية بعض الخدمات والمنتجات

فحين استعمال التسعير لخفض الطلب على خدمة أو سلعة معينة إما لأن السلعة سيئة وضارة كالتدخين والمشروبات الكحولية حيث تفرض عليها ضرائب عالية. أو لأن استعمال الخدمة غير ملائم أو غير مرغوب فيه في زمان ومكان محدد حيث تفرض بعض المستشفيات سعراً عالياً لخدمات الطوارئ ليلا لمن لا يحتاج فعلا إلا لخدمة رعاية أولية، مما يثبط الطلب عليها. وكذلك قد تفرض سعراً أعلى على المرضى الذين ليس لديهم مواعيد لزيارة العيادة أو على الزيارات خارج الوقت المحدد للعيادة. وقد يثبط الطلب على الخدمة عن طريق إعطاء مواعيد بعيدة للمرضى وخاصة عندما يكون معدل استعمال الخدمة والطلب عليها عالياً كما هو الحال في المستشفيات الحكومية والمستشفيات التي تستهدف استرجاع جزء من الكلفة لاعتمادها على مصادر أخرى للدخل. كما قد يستعمل هذا الهدف السعري للتقليل من الحصول على الخدمة من مزودين محددين لارتفاع أسعارهم وتشجيع المستهلك على استعمال مزود خدمة محدداً أو مفضلاً كما هو الحال في منظمات صيانة الصحة ومنظمات المزود المفضل (MOs, ppos)

6. تدعيم صورة المستشفى والعلاقات العامة مع المجتمع

تلجأ بعض المستشفيات الى تبني أسعار منخفضة لبعض الخدمات وخاصة الخدمات التي هي محل حديث الجمهور وتحت بصره كأسعار الغرف. بينما تتقاضى أسعاراً عالية للخدمات المقدمة. فالمستشفيات لابد لها عند تحديد هدف

التسعير أن تأخذ في اعتبارها تأثير أسعارها على سمعتها وعلاقاتها العامة في المجتمع.

7. التدعيم والإعانة المالية بين الخدمات والأقسام (Cross-subsidization)

وهو احد أهداف التسعير الهامة التي تتبناه كثير من المستشفيات لإحداث التوازن بين الخدمات التي تحقق فائضاً والتي تحقق خسارة فعلى سبيل المثال، قد تخسر المستشفيات في خدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات الرعاية المركزة. ولأسباب سريريه وطبية ولأغراض العلاقات العامة فإن الاستمرار في هذه الخدمات مهماً للمستشفى. لذلك لا بد من دعم هذه الخدمات وإعانتها من الفائض التي تحققه الخدمات المربحة. وقد تمتد عملية التدعيم والإعانة المالية لتشمل بعض أجزاء السوق (Market segment)، فبعض فئات المرضى تدفع سعر اقل لا يغطي الكلفة أو قد لا يدفع شيئا ويتم تغطية ذلك بالدعم المالي من مرضى آخرين أو من المرضى المؤمنين. وهذا ما يعرف بمنا قلة الكلفة في الأدبيات الصحية. (COST Shifting). بعد تحديد المستشفى لأهدافه التسعيرية لابد من اختيار إستراتيجية التسعير التي تمكنه من تحقيق أهدافه وتنسجم مع رسالته. وفيما يلي الاستراتيجيات التي يمكن استعمالها لتحديد السعر.

استراتيجيات التسعير

هنالك أربع استراتيجيات يمكن استعمالها لتحديد سعر الخدمة الاستشفائية وهي:

1. التسعير المرتكز على كلفة المدخلات (Cost-based pricing):

وإضافة هامش ربحي على مجمل كلفة المدخلات المستعملة في عملية إنتاج وتقديم الخدمة.وتستند هذه الطريقة على أساس منطقي مفاده أنها عادلة بالنسبة

للمستشفى. وبنفس الوقت لا تستغل المرضى ماليا. ومن مساوئ هذه الطريقة أن تجعل سعر بعض الخدمات خارج متناول المرضى كخدمات غرف الطوارئ ذات الكلفة الثابتة الكبيرة عند تدني حجم الطلب عليها. كما أنها قد تشجع المستشفيات على المبالغة في استعمال المدخلات لزيادة الإيرادات. و بالتالي ارتفاع فاتورة الاستشفاء على المرضى الذين يدفعون مباشرة، وعلى الطرف الثالث الدافع للكلفة. وهذه الطريقة شائعة الاستعمال في تسعير خدمات المستشفيات للمزايا التالية:

أ. عموما تقدير الكلف تشوبها درجة أقل من عدم التأكد بالمقارنة مع تقدير الطلب على أي خدمة. وبالتالي فإن تحديد السعر بناء على كلفة إنتاج الخدمة يصبح ميسرا وسهلا على إدارة المستشفى، ولا تحتاج الى إدخال تغيير وتعديل متكرر على أسعارها عند تغير الطلب.

ب. عند استعمال كل المستشفيات لهذا المدخل تكون أسعارها متشابهة إذا كانت كلفة الإنتاج لكل المستشفيات متساوية وهامش الربح متساوياً. وبذلك تنخفض احتمالية المنافسة السعرية بين المستشفيات .

ج. تعتبر هذه الطريقة عادلة اجتماعيا لكل من مزود الخدمة (البائعين) ومستهلكي الخدمة (المشترون). حيث تحول هذه الطريقة دون استغلال البائعين عند زيادة الطلب على الخدمة.وبنفس الوقت تمكن مزودي الخدمات من تحقيق عائد مرض على الاستثمار.

2. الطريقة المرتكزة على الطلب (Demand - based pricing):

حيث تنظر هذه الطريقة الى ظروف ومستوى الطلب على الخدمة. وليس كلفة إنتاج الخدمة لتحديد السعر. حيث يقوم مزود الخدمة (البائع) بتقدير إدراك

المشتري (المستهلك) لقيمة الخدمة ومن ثم تحديد السعر بناء على القيمة المدركة من المشتري. وعلى ذلك يمكن لمزودي الخدمات أن يتقاضوا أسعاراً مختلفة للخدمة الواحدة أو المشابهة نتيجة لاختلاف إدراك القيمة من مشترٍ لآخر. مما يجعل هذه الطريقة غير عادلة للمشترين، وتمكن مزودي الخدمات من ممارسة التمييز السعري بين المشترين. ويتخذ التمييز السعري أسسا مختلفة، فقد يكون على أساس الزبون كأن يدفع المريض الفقير سعرا اقل من الغني والمريض غير المؤمن اقل من المؤمن. وقد يكون أساس التمييز المنتج، فسعر الغرفة المفردة يكون أعلى من سعر الغرفة ذات السريرين. وتتم ممارسة التمييز السعري في حالة كون السوق قابلاً للتجزئة (Segmen table) وخاصة عند اختلاف أجزاء السوق من حيث مستوى وحجم الطلب على الخدمة نتيجة اختلافهم في الحساسية السعرية.

وعادة ما يكون مستهلكو الخدمات غير المؤمنين أكثر حساسية للسعر. وبالتالي قد يمارسون التسوق للحصول على خدمة بسعر اقل كما يحصل في خدمات الأسنان والخدمات الوقائية (جرعات التطعيم) وخدمات تصحيح البصر والجراحات التجميلية. ومن استراتيجيات التسعير المرتكز على الطلب والمستعملة من بعض مزودي الخدمة عند إدراكهم لحقيقة الربط بين جودة الخدمة والسعر الأعلى من بعض المشترين للخدمة حيث يبحث المشتري عن المزود الأعلى سعرا للحصول على الجودة الأعلى.

3. الطريقة المرتكزة على المنافسة (Competition-based pricing)

حيث يتم تحديد سعر الخدمة على أساس السعر الذي يتقاضاه المنافسون. ويمكن للمستشفى أن يتقاضى نفس سعر المنافسين. ويحافظ المزود على هذه

السعر طالما أن المنافسين يفعلون ذلك.ومن أكثر أشكال التسعير التنافسي المستعمل من قبل مزودي الخدمة الاستشفائية ما يعرف بالسعر الدارج (Going rate) أو التسعير المقلد (imitative pricing) للأسباب التالية:

أ. أحيانا قد يصعب قياس كلفة المدخلات المستعملة في إنتاج الخدمة. وعلى ذلك يشعر مزود الخدمة بان السعر الدارج يمثل حكمة مجمل الصناعة الاستشفائية لضمان توليد عائد مجزي.

ب. الالتزام بالسعر الدارج ويضمن استقرار الصناعة الاستشفائية وعدم تعرضها للاضطراب والهزات والتنافس السعري الذي قد يؤدي بالبعض الى الخروج من الصناعة.

ج. صعوبة معرفة وتوقع ردود فعل المشترين والمنافسين للتذبذبات السعرية، واختلاف الأسعار من مزود الى آخر. إن تسعير الخدمة على أساس السعر الدارج هو إستراتيجية تتبعها المستشفيات والأطباء حيث يستعملون ما يعرف بالأجور العادية (fees usual) والشائعة (customary) والمعقولة (Reasonable). إلا أنهم قد يقبلون بأسعار يتم التفاوض عليها مع شركات التامين وأرباب العمل تكون اقل من السعر الدارج وذلك لتوليد طلب أعلى على خدماتهم وتحسين المركز المالي لمؤسساتهم (Negotiated fees).

وقد يقدم المستشفى خدمة مختلفة عن النمط التقليدي للخدمة بسعر اقل من السعر الدارج كسعر الجراحات النهارية (Day surgery) حيث يكون منافسا لسعر الجراحة التقليدية (في المستشفى) مما يدفع باتجاه تنافسية أعلى بين الأطباء وكذلك المستشفيات.

4. الطريقـــة المرتكـــزة علـــى الحـــد الأعلـــى للتعـــويض (Maximum-pricing-reimbursement)

وحسب هذه الطريقة يقوم الأطباء والمستـشفيات برفـع فـواتير التعـويض بالحد الأعلى المسموح به من قبل شـركات التـأمين والجهـات الدافعـة للفـاتورة الطبية.وهـذا يعـرف في الأدبيـات الـصحية بالـسعر الـذي يمكـن للـسوق حملـه Charging what the (market will bear) والمشكلة هنـا أن شـركات التـامين عادة لا تعلن الحد الأعلى المسموح به. وهذا يؤدي الى تفاوت مبـالغ التعـويض من مزود الى آخر وحتى وان كانت الخدمات متشابهة. الأمر الذي يـدفع بعـض المزودين الى المبالغة بالسعر من اجل الحصول على الحد الأعلى من الجهة الدافعة للكلفة.

5. طريقة الدفع المحدد مسبقا (Prospective payment)

حيـث يـتم تحديـد مبلـغ ثابـت (Fixed rate) علـى أسـاس التـشخيص المرضـي. فالمستـشفيات الـتي تـستطيع إدارة عمليـات التـشغيل وإنتـاج الخدمـة المطلوبة بأقل من المبلغ المحدد سلفا للتعويض يمكنها تحقيـق فـائض والـتي تفـوق كلفة العمليات لديها المبلغ المحدد مسبقا سـوف تتحمـل خـسائر. إن التحـول في طريقة تعويض المستشفيات من الطرق المرتكزة على الكلفـة الى الطـرق المرتكـزة على السعر المحدد مسبقا على أساس التشخيص المرضي سوف يؤثر وبشكل كبير ماليا وتشغيليا على المستشفيات حيث تلجأ المستـشفيات عـادة الى تقليـل حجـم الخدمات المقدمـة للمرضـى بحيـث لا تزيـد كلفـة إدخـال المـريض عـن معـدل التعويض (السعر المدفوع سلفا) المقرر مسبقا لكل تشخيص مرضي. وقد يـشجع المستـشفيات علـى تحـسين كفـاءة عمليـات التـشغيل وبجعلـها أكثـر ترشـيداً في استعمال الموارد المتاحة لها.

ومن الآثار السلبية التي قد تنتج عن استعمال هذه الطريقة تدني جودة الخدمة والتخريج السريع للمرضى قبل الشفاء. مما قد يشكل مشكلة هامة لقضية جودة الخدمة ويؤثر سلبا على النتيجة النهائية لعملية الرعاية الاستشفائية.

العلاقة بين السعر والطلب في الصناعة الصحية

تختلف علاقة السعر والطلب في الخدمات الصحية عنها في السلع والخدمات الاقتصادية الأخرى وذلك لخصوصية قطاع الصناعة. فعند زيادة السعر ينخفض الطلب والعكس صحيح. إن هذه العلاقة المباشرة بين السعر والطلب في السلع الاقتصادية لا تستقيم عند الحديث عن الخدمة الصحية فمن المعروف أن الطلب على الخدمة الصحية هو محصلة العرض من الخدمات والتغطية التأمينية. وهذا مستقر ومعروف في أدبيات الإدارة الصحية منذ الستينات من القرن العشرين الماضي ويعرف بقانون رومر Romer low .

ومفاده أن العرض يخلق الطلب.حيث كان رومر أول من بيّن أن الطلب على الرعاية الصحية يكبر ويتوسع لمقابلة العرض بغض النظر عن السعر. وكذلك الأمر بالنسبة للخدمات التي يقدمها الأطباء حيث يستجيب الطلب ويزداد مع تزايد العرض من الأطباء. وعلى ذلك فان الطلب على الخدمة الصحية لا يقرره سعر الخدمة بل يقرره العرض. فقرارات شراء الخدمة الصحية ليست بيد المستهلكين وإنما بيد الأطباء. فالقرار الوحيد الذي يتخذه المستهلك هو عندما يذهب الى الطبيب. وبعد تلك اللحظة يتولى الطبيب كوكيل للمستهلك تقرير كم وكيف ومتى وأين الخدمة الصحية. وهذا يعني أن الطب والصناعة الصحية هي سوق بائعين. ولا يملك المستهلك إلا الطاعة. لان الطب غموض على كل من هو ليس طبيباً. وعلى ذلك فان الطبيب هو الذي يعرض

الخدمة وهو الذي يطلبها لموكله (المريض) وفي هـذا الوضـع لا يمكـن للـسعر أن ينظم الطلب.

ومن ناحية أخرى فإن الطلب على الخدمـة الـصحية هـو محـصلة التـأمين الصحي أو الطرف الثالث الدافع للكلفة. حيث يغطي التـأمين جـزءاً كـبيراً مـن الفاتورة الصحية. وبذلك يقلل وبشكل كبير من العوائق الاقتصادية التي تحد من طلب واستعمال الخدمة. وفي أحيان كثيرة ولبعض الخدمات يكون السعر صـفرا للمستهلك وبالنتيجة يزداد الطلـب علـى الخـدمات الـصحية كلمـا زادت نـسبة تغطية التأمين للفاتورة الصحية. وعلى ذلك يمكن القول بأن التأمين لـيس محـدداً للطلب بل كذلك محدد للسعر.

يتضح مما سبق أن العلاقة بين السعر والطلـب والعـرض وتغطيـة التـأمين تشير إلى أن السعر بالنسبة لمستهلك الخدمة الصحية ليس له القوة كأداة تـسويقية كما هو الحال بالنسبة للسعر في السلع الاقتـصادية والخدميـة الأخـرى. كمـا أن حرية مزودي الخدمة لرفع السعر هي اقل مما هي عليـه في الـصناعات الأخـرى، وذلك بسبب وجود الطـرف الثالـث ودوره، والـضغوط الـتي تمـارس مـن قبـل دافعي الفاتورة الصحية لخفض الكلفة. وكذلك الأخلاق المهنيـة الـتي تؤكـد أن الاعتبارات الإنسانية والأخلاقية في الخدمـة الـصحية مقدمـة علـى الاعتبـارات المالية والاقتصادية، مما يحد من فائدة السعر كأداة تسويقية كما هو الحـال بالنـسبة للسعر في السلع الاقتصادية والخدمية الأخرى.

وكذلك لابد من الإشارة الى أن السوق الصحي ليس سوقا متجانـسا فهـو مختلف الى حد كبير من حيث المزودين وفئات المستهلكين وتغطية برامج التـأمين والحساسية السعرية للخدمات والمستهلكين. فحساسية السعر تتراوح بين الـصفر

والمائة. فالخدمات السنية والوقائية وخدمات التجميل ذات حساسية عالية بينما الخدمات المنقذة للحياة والجراحات والإجراءات الطبية المعقدة قد تكون حساسيتها صفرا أو قريبا من ذلك. وذلك لعدم توفر البديل. فيتم استهلاكها دون النظر الى السعر لأن بديل عدم استهلاكها قد يكون فقدان الحياة.

وكذلك بالنسبة للمستهلكين غير المؤمنين فهم حساسون للسعر الى حد ما. فعندما يدفع المستهلك السعر كاملا أو حتى عند تحمله جزءاً من السعر فعلى الأرجح سيكون أكثر حساسية للسعر مما لو كان لا يدفع شيئا من جيبه الخاص. وعلى ذلك فان السعر قد لا ينظم الطلب على الخدمة الصحية للأسباب التالية:

1. سعر الخدمة الطبية غالبا غير معروف أو غير قابل أن يكون كذلك. لان السعر يعتمد على التشخيص. وهذا غير محدد ابتداءً. وبالتالي لا احد يعرف على وجه التحديد كم سيكون السعر بشكل مسبق. وعلى ذلك من غير المحتمل أن يختار المريض طبيبه بناء على السعر عندما يكون غير معروف.
2. الأطباء عادة لا يتحملون أية مخاطر مالية نتيجة سلوكهم المهني وحساسيتهم للسعر تكاد لا تذكر. فعند اتخاذ قرارات كم وكيف الخدمة يأخذها كوكيل للمريض ولا يأخذ في الاعتبار المترتبات المالية لقراراته لأنه لم يتعلم في كلية الطب حسابات الكلفة/ منفعة للقرار الطبي. بل على العكس فهو محفز للوصول الى أعلى درجة من كمال ودقة التشخيص تحقيقا لمصلحة موكله وتخوفا من الوقوع في سوء الممارسة والتعرض للمساءلة القانونية. وعلى ذلك فرغم أن الأطباء يولدون معظم الطلب على الخدمات وفي نفس الوقت غير حساسين للسعر فان الطلب غير حساس للسعر .

3. معظم الأطباء يتقاضون ما هو متعارف عليه ومعقول كأجور وهذا يعني أن الطبيب يتقاضى أجراً مشابها لأجرة الطبيب الزميل. وهذا يعني أن فرصة اختيار لطبيب على أساس السعر محدودة جدا. باستثناء الاختيار من بين أطباء الأسنان وأخصائي تقويم النظر فهم اقل تقيدا وأكثر انعتاقا من أخلاقيات المهنة التي تفرض الالتزام بالأسعار المتعارف عليها والمعقولة. حيث يقدمون عروضا لخدماتهم بأسعار منخفضة ويعلنون هذه الأسعار ففي هذه الحالة يبدأ المستهلكون بإظهار حساسيتهم السعرية.

وقد ينطبق على أطباء النساء والولادة ما ينطبق على أطباء الأسنان فقد اخذ هؤلاء بممارسة الإعلان السعري مما يسمح للمستهلك بممارسة شيء من الاختيار عند الحاجة لخدماتهم.

الأخطاء الشائعة عند ممارسات التسعير

ترتكب بعض المستشفيات أخطاء عند تسعير خدماتها مما يؤثر سلبا على أهداف التسعير وأهداف المستشفى المتمثلة في الاستقرار والنمو في بيئة تنافسية ومن هذه الأخطاء:

أ. استنساخ أسعار المستشفيات الأخرى العاملة في المنطقة دون الأخذ في الاعتبار حقيقة اختلاف كلفة إنتاج الخدمة في المستشفيات المستنسخ عنها عن كلفة التشغيل في المستشفى المعني. واختلاف طريقة حساب الكلفة لاختلاف الإجراءات المحاسبية والمالية بين المستشفيات المختلفة. إضافة الى الاختلاف في الحجم والإمكانات .

ب. رغم أهمية تنافسية الأسعار بين المستشفيات إلا أن هذه الإستراتيجية يجب أن تمارس بحذر بين المستشفيات صغيرة الحجم. فمعظم المستشفيات الأردنية

في القطاع الخاص تنتمي الى الأعمال الصغيرة (صغيرة الحجم). وبالتالي فإن تبنيها لأسعار اقل من أسعار المنافسين يشكل خطرا حقيقيا على استمرارها وقدرتها على النمو.

ج. التسعير غير المعقول أو المبالغ فيه سواء ارتفاعا أو انخفاضا في السعر فكلا الخيارين يمكن أن يشكل خطرا حقيقيا على استمرارية عملياتها. فلابد للسعر أن يكون معقولا ينسجم مع الأسعار الدارجة أو المتعارف عليها في منطقة الخدمة وفي الصناعة الاستشفائية. فالأسعار العالية تحرم الكثير من المرضى الاستفادة من الخدمة والأسعار المتدنية قد تؤثر سلبا على الجودة المدركة من قبل مستعملي الخدمة.

د. عدم التركيز على تميز الخدمة، لابد للمستشفى من التركيز على ما يميز خدماته عن الآخرين بعيدا عن سعر الخدمة. فالإقبال على خدمات المستشفى واستعمالية موارده يعتمد على عوامل كثيرة لا علاقة لها بالسعر مثل جودة الخدمة والموقع المتميز وخبرات الأطباء وجودة الخدمات الأخرى والخبرة السابقة للمتعاملين معه وجودة الخدمات الفندقية والتصميم الداخلي للأنشطة والخدمات والديكور الداخلي وغيرها من المزايا المميزة لخدمات المستشفى.

ه. لابد كذلك من الانتباه الى الخدمات والأنشطة التي تشكل خسارة صافية للمستشفى. فالمستشفيات قليلة الإمكانيات وصغيرة الحجم قد لا تستطيع الاستمرار في تقديم بعض الخدمات بخسارة لعدم إمكانية التدعيم المالي لها من الخدمات الرابحة بسبب صغر حجم الطلب على الخدمات عموما. ولابد

في هذه الحالة من تحديد أسعار الخدمات الخاسرة فوق كلفة الوحدة الواحدة من الخدمة.

الملخص

عند الحديث عن السعر والتسعير في الخدمات الصحية لابد من الانتباه الى حقيقة أن الخدمة الصحية تعتبر وبشكل متزايد حقاً في كل المجتمعات. وضرورة لا تستقيم الحياة الكريمة بدونها. وبغض النظر عن القدرة على دفع السعر. وهذا الاعتقاد أدى الى ظهور الطرف الثالث الدافع للكلفة لتحمل العبء المالي للرعاية الصحية.

وكذلك فان التسليم بهذا الحق واحترامه هو الذي يزيد الأخلاق المهنية التي تنص على وجوب تقديم الخدمة لكل المرضى بغض النظر عن قدراتهم المالية، والتي تعني أن السعر يجب أن لا يلعب الأدوار الأساسية في تقرير وتنظيم الطلب على الصناعة الصحية. وهنالك أهداف تسعير متعددة لابد من اختيار المستشفى هدفه من تسعير الخدمات. وهذه الأهداف تشمل تحقيق الفائض أو الربح و تعظيم الإيرادات،استرجاع الكلفة، تعظيم استعمالية الموارد والخدمات، تثبيط استعمالية بعض الخدمات والمنتجات عموما أو تثبيط الحصول عليها من مزودين غير مفضلين. أو من مصدر غير ملائم و تدعيم صورة المستشفى والعلاقات العامة والتدعيم المالي لبعض الخدمات والأقسام لإدامتها وضمان استمراريتها. ولتحقيق أهداف التسعير يمكن للمستشفى اختيار إستراتيجية التسعير المناسبة لتحقيق أهداف التسعير وهذه الاستراتيجيات لها مزاياها ومساؤها.

تختلف العلاقة بين السعر والطلب في الخدمة الاستشفائية والصحية عنها في السلع الاقتصادية. حيث إن الطلب على السلع الاقتصادية يحدده السعر. بينما في الخدمة الاستشفائية فالطلب يحدده العرض ومقدار تغطية التأمين. فمن المعروف في الخدمات الصحية أن العرض يخلق الطلب. وأخيراً لابد من الابتعاد عن بعض الممارسات الخاطئة عند تسعير خدمات المستشفى كاستنساخ الأسعار، والأسعار غير المعقولة والتنافس الضار والأخذ في الحساب كلفة الخدمة والتركيز بشكل مميز على تميز الخدمة.

الفصل السابع

الوصول للخدمة وسهولة منالها
منال الخدمة/ التوزيع
Access\ Distribution

- أهداف الفصل التعليمية
- مقدمة
- اختلاف مفهوم التوزيع في الصناعة الصحية عن السلع الاقتصادية
- سهولة المنال المادية
- تصميم المستشفى والعوائق النفسية للوصول للخدمة
- الوقت المتاح للوصول للخدمة
- سهولة المنال المعلوماتية والترويجية
- سهولة المنال المالية
- الملخص

الفصل السابع

الوصول للخدمة وسهولة منالها

منال الخدمة/ التوزيع

Access\ Distribution

أهداف الفصل التعليمية

يتوقع من الطالب بعد دراسته لهذا الفصل أن يكون قادرا على:

1. الوعي بأهمية مفهوم الوصول إلى الخدمة كأحد أهم عناصر المزيج التسويقي والأبعاد المختلفة لهذا المفهوم.
2. فهم الاختلاف بين مفهوم الوصول للخدمة في الصناعة الصحية ومفهوم التوزيع في الصناعات الأخرى.
3. تحديد القرارات الأساسية الأربعة المتعلقة بالوصول إلى الخدمة الصحية والمؤثرة على تسويق الخدمة الصحية:
   - أ. سهول المنال المادية.
   - ب. سهولة المنال الزمنية.
   - ج. سهولة المنال المعلوماتية.
   - د. سهولة المنال المالية.
4. تحديد العوامل الهامة الواجب أخذها بالاعتبار عند تحديد موقع تقديم الخدمة.
5. تحديد قنوات الوصول إلى الخدمة.
6. استيعاب العلاقة بين وجود برامج التأمين الصحي وحساسية المستفيد للسعر وسبل زيادة حساسية السعر.

مقدمة

يعتبر الوصول للخدمة الاستشفائية والصحية عموما احد أهم عناصر المزيج التسويقي المؤثرة على عملية التبادل الطوعي بين مزود الخدمة ومستهلكها. ويتضمن مفهوم الوصول للخدمة مفهوم التواجد وسهولة المنال. والتواجد يعني توفير الخدمة بالكم والكيف الكافي لتلبية حاجات المستهلكين. ويعني مفهوم سهولة المنال إمكانية الوصول للخدمة والانتفاع بها دون عوائق مادية، مالية، تنظيمية، ونفسية. وبهذا المفهوم للوصول نجد أن عدالة توزيع الخدمة بين أفراد أي مجتمع لا يمكن تحقيقها إلا بتوفير عنصر الوصول للخدمة بمعناه الواسع الذي تقدم ذكره ودون أي عوائق، وخاصة العائق المالي، والذي تم التغلب عليه في الصناعة الصحية بوجود الطرف الثالث الذي يتحمل الفاتورة الطبية ممثلا ببرامج التأمين الصحي العام والخاص.

ويتضمن الوصول للخدمة الموقع الجغرافي للخدمة وساعات تقديم الخدمة وتنظيمها وتنسيقها وتكاملها بين مستويات الرعاية المختلفة. وبما يكفل معرفة المستفيد أو مستعمل الخدمة بمصدر الحصول على الخدمة واستمرارية المصدر.

لقد شهدت الصناعة الصحية تطورات وإبداعات مختلفة سهلت عملية الوصول للخدمة وعلى رأس هذه التطورات ظهور برامج التأمين الصحي منذ الأربعينيات من القرن العشرين الماضي. وشهدت الصناعة الصحية إبداعات كثيرة سهلت من الوصول للخدمة، ومن بينها أنماط وترتيبات ومنشآت صحية جديدة مثل المراكز الطبية المتكاملة، مراكز طب الأسرة، العيادات المستقلة والتي لا تحتاج الى موعد مسبق، ومراكز الجراحة النهارية، وخدمات الإسعاف والطوارئ المستقلة عن المستشفيات، ووحدات الرعاية الصحية المتنقلة لعمل

اختبارات التشخيص والكشف المبكر عن بعض الأمراض، والمعارض الصحية في المدارس والجامعات ومراكز التسوق الكبرى.

وعلى ذلك لا بد لمزودي الخدمات الصحية الاستشفائية سواء أكانوا أطباء أو مستشفيات أو غير ذلك من مؤسسات الرعايا الطبية أن يهتموا بكيفية جعل خدماتهم متواجدة وميسورة المنال للأسواق المستهدفة في المكان والزمان الصحيحين وبدون عوائق.

اختلاف مفهوم التوزيع في الصناعة الصحية عن السلع الاقتصادية

يستعمل المسوقون وبشكل تقليدي مفهوم التوزيع عند التعامل مع هذا الجانب التسويقي، ويتحدثون عن قضايا تتعلق بتوزيع السلع المادية كقنوات التوزيع، والتخزين والنقل، ومنافذ التوزيع وتجارة الجملة والفرق وغيرها من القضايا المرتبطة بتوزيع السلع المادية. وهذا لا ينطبق على الخدمة الاستشفائية والصحية عموما، باعتبار أن منتجاتها في معظمها خدمات وليس سلع مادية.

كما أن المفهوم المستعمل في الخدمات الصحية هو الوصول للخدمة Access وليس التوزيع. كما أن المنتج المادي (السلع الاقتصادية) يتم نقلها بعد إنتاجها الى المستهلك بينما في الخدمة الصحية وبشكل تقليدي يتم دفع المستهلك الى المنتج ليتم إنتاج الخدمة الصحية.

ولاختلاف طبيعة المنتج الصحي وخصوصيته لابد للمستشفيات عند الحديث عن تسويق خدماتها أن تتعامل مع أربعة قرارات رئيسية تتعلق بالوصول الى خدماتها وهي:

1. سهولة المنال المادية (physical access): ويشمل ذلك المكان الجغرافي للخدمة وقنوات تقدمها والوصول إليها.

2. سهولة المنال الزمنية (time access): ويعني ساعات تقديم الخدمة.

3. سهولة المنال المعلوماتية والترويجية Promotional and Information access: بما في ذلك أنظمة وطرق تحويل المرضى الى مصادر الخدمة وبين مستويات الرعاية الطبية المختلفة.

4. سهولة المنال المالية (financial access).

وفيما يلي استعراض لهذه العناصر الأربعة المتعلقة بالوصول للخدمة والتي تواجه المستشفيات ومزودي الرعاية الطبية عموما.

1. سهولة المنالة المادية

وتشمل الموقع الجغرافي للخدمة وقنوات الوصول إليها.

الموقع الجغرافي:

يتأثر الوصول الى الخدمة بموقع المستشفى/ مزود الخدمة، وتوفر وسائط النقل والظروف المناخية والجغرافية المحيطة كحالة الطرق والأمطار والثلوج والعواصف والتي تؤثر على استعمالية خدمات الرعاية الطبية. ويمكن القول إن موقع المنشأة الصحية (مستشفى، مركز صحي، عيادة) يعتبر عنصرا حاسما يملي غالبا شكل ومضمون عناصر المزيج التسويقي الأخرى.

فعلى سبيل المثال عندما يكون الموقع ضمن منطقة سكانية فقيرة غالبا ما يجتذب الفقراء ولابد للأسعار أن تكون في متناول السكان. فعيادة الطبيب في المخيمات والأحياء الفقيرة تفرض تبني سعر منخفض على عكس المنشأة/ العيادة في منطقة جغرافية يسكنها الأغنياء.

ومن غير المحتمل أن يذهب الأغنياء الى الأماكن الفقيرة لطلب الخدمة الصحية. وكذلك نجد أن المنشآت الصحية في المناطق الفقيرة لا يمكنها دفع أجور

ومرتبات عالية للمهنيين العاملين فيها كما هو الأمر في المنشآت في المناطق الغنية مما يصعب عليها الاحتفاظ بالعناصر البشرية الجيدة. ولذلك فان المستشفيات التي تعمل في بيئة سكانية غير ملائمة ولا تستطيع نقل موقعها بحكم الاستثمارات الثابتة الكبيرة تشعر بأهمية المكان أكثر من غيرها. وتدرك الأثر السلبي للمكان على معدل استعمالية خدماتها.

إن القرارات المتعلقة بالموقع يتم اتخاذها وبشكل دائم من قبل مزودي الخدمات. فمن المهم للمستشفى اختيار الموقع الملائم لشبكة المراكز الطبية المنبثقة عنه والمرتبطة به. وكذلك الأمر بالنسبة للأطباء سواء أكانوا في الممارسة الطبية المنفردة أو الممارسة الطبية الجماعية. وفي أحيان كثيرة يتم اتخاذ قرارات اختيار الموقع دون الأخذ في الاعتبار عوامل كثيرة منها:

أ. مدى حاجة المنطقة للخدمة وهل هي من المناطق الأقل خدمة.

ب. هل هنالك منافسون في المنطقة.

ج. ما هو الاتجاه الديموغرافي في المنطقة بمعنى هل يتزايد السكان أم يتناقصون (الجذب السكاني).

د. ما هو شكل التركيبة السكانية (الهرم السكاني) شباب، أطفال، كبار سن، نساء في سن الحمل.

ه. ما أهمية اختيار الموقع بالقرب من مناطق الحركة النشطة للأفراد والمال والأعمال.

و. هل الموقع قريب من وسائط المواصلات ومن مواقف اصطفاف السيارات.

ز. هل يتطلب الموقع القرب من المنشآت الصحية الأخرى كنقاط تشكل قاعدة ومصدر لتحويل المرضى للمستشفى.

إن اختيار الموقع هو قرار تسويقي هام لأن سوق المرضى عادة ما تتم تجزئته حسب القرب الجغرافي من المستشفى أو مصدر الخدمة. فقرب مصدر الخدمة من سكن الأفراد هو عامل مهم في اختيار المصدر كمكان للحصول على الخدمة. كما أن أهمية المسافة بين مكان السكن ومصدر الخدمة تقل كلما قلت المخاطرة الطبية التي يشعر بها الفرد عند تعامله مع مصدر ما للخدمة أو آخر.

بمعنى أن الفرد قد يكون على استعداد للسفر إلى مكان أبعد عند استشعاره بالاطمئنان والارتياح للتعامل مع المصدر البعيد نسبيا. إن اختيار الموقع الملائم هو عامل هام في نجاح الخدمة. فالموقع هو أولا، وثانيا، وثالثا.

قنوات الوصول للخدمة:

هناك قنوات عديدة للحصول على الخدمة تبدأ بعيادات الممارسة الطبية المفردة، solo عيادات الممارسة الطبية الجماعية، المراكز الصحية، العيادات الخارجية في المستشفيات، غرف الطوارئ في المستشفيات. وغيرها من قنوات التوزيع. وتشكل هذه القنوات النمط التقليدي السائد لتوزيع الخدمة.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تطوير قنوات جديدة لتقديم الخدمة حسنت إلى حد كبير الوصول إلى الخدمات. كما شهدت أنماط وقنوات جديدة وغير مسبوقة في التثقيف والتوعية الصحية. فعلى سبيل المثال كانت المستشفيات هي المكان لإجراء الكثير من الجراحات. أما الآن فيمكن إجراء الكثير من العمليات الجراحية في العيادات الخارجية دون الحاجة إلى دخول المستشفى كاستعمال الجراحة النهارية في المستشفيات أو في مراكز الجراحة النهارية المستقلة.

وكذلك الأمر بالنسبة لخدمات الولادة التي كانت تتم بما يعرف بغرف الولادة والمخاض في المستشفيات. أصبحت الآن تتم في مراكز متخصصة

للولادة. بأجواء عائلية وبأنماط يختارها المستهلك (ولادة بدون ألم، ولادة تحت الماء...) كما أصبح بالإمكان الحصول على الخدمة الطبية في المنزل حيث أصبح الأمر مسهلا مع تزايد أعداد الأطباء. وكذلك الولادة في المنزل.

كما شهدت قنوات الترويج (تثقيف وتوعية صحية) وقنوات التشخيص والكشف المبكر عن الأمراض تطورا ملحوظا في السنوات الأخيرة. كالمعارض الصحية التي تزور المدارس والجامعات والمجتمعات المحلية، ونظم المعلومات الصحية المحوسبة في المكتبات والجامعات والقنوات التلفزيونية المتخصصة بنشر وتوصيل المعلومات المتعلقة بالصحة. والأشرطة والأقراص المدمجة التي يمكن شراؤها أو استئجارها للاستعمال المنزلي. وأنظمة التلفزيون المغلقة في المستشفيات والمراكز الطبية والتي تستعمل لتثقيف المرض والهاتف الساخن للإجابة على الأسئلة المتعلقة بالصحة وغيرها من قنوات الترويج.

ومن التطورات الهامة والبارزة في ترويج الخدمات الصحية والوصول بها ونقلها إلى المستهلك على غرار ما يتم في السلع المادية ظهور الخدمة الصحية المتنقلة. فهذه الوحدات المتنقلة يمكنها تقديم الكثير من الخدمات الصحية وخدمات الكشف المبكر عن الأمراض في مراكز التسوق الكبيرة والمدارس والجامعات ومواقع العمل.

تصميم المستشفى والعوائق النفسية للوصول إلى الخدمة

يعتبر حسن تصميم المستشفى والمنظر الخارجي والداخلي وعملية التصميم والألوان الداخلية والديكور والأثاث وأماكن الانتظار والخدمات الفندقية من العوامل التي تؤثر نفسيا على تقبل الخدمة وتقييمها وبالتالي الرضا أو عدم الرضا عن الخدمة.

وعلى ذلك لا بد أن تولي المستشفيات اهتماما خاصا بهذه الجوانب عند اتخاذ القرارات حول مظهر المستشفى. كيف تبدو بأعين العملاء . فالمظهر يؤثر على اتجاهات وسلوك العملاء تجاه مصدر الخدمة، ومدى الرضا أو عدم الرضا عن الخدمة، كما يؤثر على أداء العاملين.

إن الكثير من المستشفيات القديمة في بنائها قد تخلق شعوراً بالإحباط أو عدم الارتياح عند الحصول على الخدمة فيها، لمرضى محبطين ابتداء بسبب ما يعانون من مشاكل صحية. فالممرات الطويلة والضيقة والألوان التقليدية الكئيبة، والأثاث القديم، وسوء تدفق الأنشطة وتنظيم الخدمات يعطي صورة سلبية عن مصدر الخدمة. ويتسبب في عدم الرضا ومن ثم عدم تكرار استعمال الخدمة عند وجود الخيار البديل. إن مجمل هذه الجوانب إلى جانب سعر الخدمة يشكل ما يسمى بالعوض أو المقابل Consideration كعنصر من عناصر إستراتيجية التسويق، والذي يؤثر على عملية التبادل بين مزود الخدمة والمستهلك. فالفشل في الاهتمام في الجوانب المادية للخدمة سيخلق حالة من عدم الرضا لدى مستعملي الخدمة حتى ولو كانت الخدمة جيدة من الناحية المهنية والتقنية.

2. الوقت المتاح للوصول إلى الخدمة Time access:

ويشير البعد الزمني للوصول إلى الخدمة إلى العائق الزمني الذي يضعه مزود الخدمة. والذي يحد من الوصول إليها:

أ. عدد الساعات المتاحة لتقديم الخدمة.

ب. طول وقت الانتظار في العيادة للحصول على الخدمة.

ج. قرب أو بعد الموعد المحدد للحصول على الخدمة.

يختلف عدد الساعات المتاحة لتقديم الخدمة باختلاف مزودي الخدمات.

فالأطباء على سبيل المثال والمراكز الصحية وخدمات العيادات الخارجية عموما تقدم خدماتها أثناء ساعات العمل المعتادة، وكما هو الحال في مؤسسات الأعمال. وغالبا تكون هذه الساعات من الثامنة صباحا الى الخامسة مساء خلال أيام العمل الأسبوعية، وعلى فترتين فترة صباحية وفترة مسائية. وكذلك الأمر بالنسبة للمستشفيات فالوقت المتاح فيها لتقديم الخدمة محدود فالإجراءات التشخيصية والجراحية عادة ما تكون محددة بأيام العمل الأسبوعية وتتبع برمجة زمنية محددة مسبقا تنسجم مع توفر وتفضيل ومصالح من يقومون بهذه الإجراءات. وهذا يعني القيام بها في الأيام والأوقات التي يفترض أن يكون المستفيد في مكان عمله أي على حساب وقت المريض.

ومن الأسباب الأخرى التي تدعو المستشفيات الى تحديد الوقت المتاح لتقديم الخدمة بساعات العمل اليومية العادية تجنب دفع أجور ساعات العمل الإضافي، والنفقات الإضافية للتكييف والتبريد والإضاءة، وغيرها من النفقات المرتبطة بالتشغيل.

وبشكل عام تقوم قنوات التوزيع التقليدية (الأطباء والمستشفيات) بوضع قيود زمنية على استعمال خدماتها دون مراعاة حاجات ومصالح المستفيدين (المستهلكين). وفي حالة احتياج المستفيد للخدمة يضطر الى استعمال المصدر غير الملائم للخدمة، مثل الحصول على خدمات الرعاية الطبية الأولية من أقسام الطوارئ وما يتعرض له من معاناة وتوتر نتيجة الانتظار الطويل للحصول على الخدمة. وقد يفضل المغادرة دون الحصول على الخدمة.

لقد دفعت المنافسة في السنوات الأخيرة مزودي الخدمات الى إعادة النظر بجدولة وتحديد ساعات الخدمات لتقليل العائق الزمني للحصول على الخدمة.

وقدمت منافذ جديدة ومطورة لحل مشكلة العائق الزمني مثل العيادات الطبية التي لا تحتاج الى موعد مسبق وأصبحت المستشفيات تعمل بنمط مشابه للعيادات المفتوحة (بدون موعد). وكذلك توفير المعلومات الصحية على مدار الساعة لمن يطلبها. والخط الساخن لتقديم المعلومات الصحية وحل المشاكل لدى المستفيدين (بعد ساعات العمل الاعتيادية).

أما بالنسبة لوقت الانتظار في العيادة أو للحصول على موعد لتقديم الخدمة فهي مصدر لعدم الرضا. وقد استجاب بعض المزودين لهذا العائق الزمني بإنشاء العيادات التي لا تحتاج الى موعد مسبق. كما أن كثيرا من الأطباء وأطباء الأسنان توقفوا عن إعطاء المواعيد للمستفيدين (الزبائن). ومع تزايد العرض من الأطباء وتزايد عدد العيادات الطبية فمن المتوقع أن يتراجع وقت الانتظار حيث يدرك مزودو الخدمات أن وقت الانتظار الطويل سيدفع المستهلكين للبحث عن مصدر آخر للحصول على الخدمة. ومن الأساليب التي يتبعها مزودو الخدمات للتخفيف من وطأة الانتظار وخاصة وقت الانتظار النفسي (الانتظار دون القيام بعمل مفيد) توفير أجهزة الفيديو والأشرطة في قاعات الانتظار والعاب الأطفال وتوفير المجلات والصحف الحديثة.

3. سهولة المنال المعلوماتية والترويجية:

إن سهولة المنال المعلوماتية والترويجية هي العملية التي تجمع المستفيد ومزود الخدمة (المنتج) معا ليتم إنتاج وتقديم الخدمة. وتسمى بعملية التحويل. أي دفع العميل أو المستفيد الى مكان مزود الخدمة (عيادة، مستشفى، ...الخ). وهذا على عكس ما يتم في السلع الاقتصادية حيث يتم إنتاج السلعة أولا ومن ثم نقل وتقديم السلعة الى العميل أو المستهلك. ولكي تتم عملية التحويل

Referral لابد من تقديم مادة معلوماتية وترويجية لتنشيط عملية التحويل، والجمع بين مزود الخدمة ومستهلكها.

وهذا يتم عادة من خلال استعمال الوسطاء الذين يقدمون المعلومات للعملاء والمستهلكين حول مزود الخدمة (عيادات طبية، مراكز صحية، مستشفيات وغيرها). ويعتبر الأطباء أهم الوسطاء في الصناعة الصحية. فهم وسطاء لشركات الأدوية ولمصنعي الأدوات والمعدات الطبية كما أنهم وسطاء على درجة كبيرة من الأهمية للمستشفيات. حيث تعتمد المستشفيات على الأطباء للترويج لخدماتها وبرامجها وأنشطتها. فهم مصدر رئيس وهام لدخول المرضى للمستشفى.

إن قرار استعمال أو عدم استعمال الوسطاء يعتمد على إستراتيجية المسوق وخياره بين ما يسمى إستراتيجية الدفع وإستراتيجية الجذب عند التعامل مع العملاء والزبائن. فإستراتيجية الدفع تستعمل الوسطاء للترويج لمزود الخدمة وتقديم المعلومات المتعلقة بخدمات وبرامج المزود. أي دفع المزود (مستشفى أو غيره) الى المستهلكين وتعتمد بشكل رئيسي على ما يسمى بالبيع الشخصي.

أما إستراتيجية السحب فلا تستعمل أية وسطاء وتعتمد على الإعلان والدعاية والمواد الترويجية والعلاقات العامة لسحب المستهلك ودفعه الى مزود الخدمة.

وأيا كان الخيار فلا بد للمستشفيات من إدراك أهمية الأطباء. فهم السوق الأهم للمستشفيات والمصدر الرئيس للإدخالات وتوليد الطلب على خدمات وبرامج المستشفى. سواء عملوا كوسطاء أو غير ذلك فلا بد من التوجه بأنشطة الإعلان والدعاية والعلاقات العامة إليهم لضمان تدفق المرضى الى المستشفى

وبشكل تقليدي تستعمل الصناعة الصحية إستراتيجية الدفع من خلال الوسطاء (الأطباء) لتوليد الطلب على خدماتها من خلال عملية التحويل. وذلك لحساسية وخصوصية الخدمة الصحية وصعوبة الدعاية لها والإعلان عنها. رغم ما يمكن ملاحظته من تزايد نشاط الإعلان والدعاية في الصناعة الصحية في السنوات الأخيرة. كما أن الوسطاء (الأطباء) في الأغلب يعملون كوكلاء مفوضين ومؤتمنين نيابة عن مرضاهم في اتخاذ قرارات استهلاك الخدمة من حيث المكان والزمان والكم والكيف. وعلى ذلك تبقى هذه الإستراتيجية هي النمط الغالب في الصناعة الصحية.

ولا بد للمستشفى أن يختار أفضل الأطباء كوسطاء والراغبين بالتعاون معه. ويقدم لهم التسهيلات والامتيازات والحوافز لتشجيعهم على تحويل المستهلكين (المرضى). وتوليد الطلب على خدمات وبرامج المستشفى. فالأطباء هم السوق الأهم والمنسي من الكثير من إدارات المستشفيات . وهذا يقتضي التعرف المستمر على احتياجاتهم ورغباتهم وتوقعاتهم وتقديم ما هو ذا قيمة لهم لضمان تعاونهم وتعاملهم مع المستشفى لإنجاح عملية التحويل.

4. سهولة المنال المالية:

ويشير هذا البعد الى أهمية خلو الوصول للخدمة من أي عوائق مالية تعوق الانتفاع بالخدمة. ويشكل سعر الخدمة احد أهم عناصر العوض (المقابل) تأثيرا على حدوث عملية التبادل، وبشكل خاص على الفقراء وغير المؤمنين صحيا. فمن الناحية المثالية ولجعل الخدمة الصحية ميسورة لكل من يحتاجها، يجب أن لا يتحمل المرضى الفقراء أي أعباء مالية عند حاجتهم للخدمة. فأي مبلغ مالي مهما كان قليلا ورمزيا قد يمنعهم من الاستفادة من الخدمة أو الشروع

بطلب الخدمة. وتكاد المجتمعات المدنية المختلفة تجمع على أهمية توفير مستوى معين من الرعاية الصحية للفقراء مجانا. وإذا كان أفراد أي مجتمع يمكن تقسيمهم الى فئات حسب الدخل كالأغنياء والطبقة الوسطى والفقراء فمن المعروف أن معظم أفراد المجتمع عند حاجتهم لخدمات المستشفيات (خدمات مكلفة وعالية الكلفة) يصبحوا فقراء بالمفهوم الطبي. Medically indigent

أما بالنسبة لخدمات الأطباء فهي ميسورة ماليا من قبل الأغنياء والطبقة الوسطى الى حد ما. ويمكن للفرد تحمل سعر الرعاية الطبية في العيادة. ومن هنا تأتي أهمية وجود الطرف الثالث الدافع للفاتورة الطبية (برامج التامين العام والتجاري وغيرها) لامتصاص كلفة إنتاج الخدمات ورفع العائق المالي عن كاهل الأفراد وخاصة لخدمات المستشفيات.

إن وجود برامج التأمين الصحي أدى الى عدم حساسية المستفيدين بالسعر. مما أدى الى زيادة الطلب على الخدمات الصحية. وفي أحيان كثيرة إساءة استعمال الموارد. مما دفع بالطرف الثالث الى إشراك المستفيد بتحمل بعض الكلفة وتحديد حدود عليا للمبالغ السنوية التي يتحملها التأمين. وتأخذ الشراكة أشكالاً عديدة منها المشاركة بالتأمين حيث يتحمل التأمين نسبة من الفاتورة الطبية ويتحمل المستفيد النسبة المتبقية. والمبالغ المقتطعة من الفاتورة حيث يتحمل المستفيد مبلغاً محدداً بداية.

وعلى سبيل المثال أول عشرة دنانير من فاتورة زيارة الطبيب. والمشاركة بالدفع (المشاركة في تحمل الكلفة من قبل المستفيد) بهدف زيادة حساسية الفرد لسعر الخدمة. وبالتالي كقيد يخفف من استعمال الخدمة. ومن النادر أن نجد برنامج تأمين يقدم تغطية تأمينية كاملة للمشتركين (100٪).

وقد شهدت السنوات الأخيرة ظهور أشكال جديدة للتأمين الصحي تجمع بين منتج الخدمة ونشاط التامين كمنظمات صيانة الصحة HMOs، ومنظمات المزود المفضل PPOs، وبرامج التأمين التي تديرها بعض المستشفيات ومن ضمن الترتيبات التي تتخذها هذه البرامج للحد من الطلب والمبالغة في استعمال الخدمات تشجيع المستفيد على استعمال الخدمة من مصادر خدمة محددة ومفضله. وتحمله كلفة مالية في حالة استعماله المزودين خارج نطاق المزودين المحددين في خطة التأمين ويبين الشكل (2) العلاقة بين نسبة التغطية التأمينية واستعمالية الخدمة حيث تزداد الاستعمالية مع ارتفاع نسبة التغطية.

الملخص

إن الوصول للخدمة وسهولة منالها هو عنصر هام وحاسم من عناصر المزيج التسويقي. ويركز هذا العنصر على قضية تواجد الخدمة بالكم والكيف الكافيين لتلبية الحاجات وسهولة منالها دون أية عوائق. ولاختلاف طبيعة الخدمة الصحية عن السلع الاقتصادية لابد من التعامل مع أربعة أبعاد لمفهوم الوصول للخدمة (Access) وهي:

1. سهولة المنال المادية (مكان ووقت وقنوات تقديم الخدمة).
2. سهولة المنال الزمنية (ساعات تقديم الخدمة ووقت الانتظار).
3. سهولة المنال المعلوماتية والترويجية (أنظمة التحويل والوسطاء).
4. سهولة المنال المالية.

تستعمل منظمات الرعاية الصحية إستراتيجية الدفع باستعمال الأطباء كوسطاء لتحويل المرضى الى المستشفيات وتقوم على فكرة البيع الشخصي. وإستراتيجية السحب وقلما تستعمل من قبل المستشفيات لأنها تحتاج الى موارد

كبيرة لتطوير برامج الترويج والإعلان إضافة الى الحساسية تجاه الإعلان عن الخدمة الصحية. وأخيرا سهولة المنال المالية. وتتعلق بخلو الخدمة من العوائق المالية التي تمنع أو تحد من استعمال الخدمة وتتعلق بقضايا السعر والكلفة والطرف الثالث الذي يمتص الكلفة (التأمين).

الفصل الثامن

الترويج
Promotion

أهداف الفصل التعليمية

مقدمة

الإعلان

الرسائل الشفوية

العلاقات العامة

الترويج الصحي

الملخص

الفصل الثامن

الترويج

Promotion

أهداف الفصل التعليمية

يتوقع من الطالب بعد دراسته لهذا الفصل أن يكون قادرا على:

1. تحديد أسباب ومبررات الإعلان في الصناعة الصحية.
2. تحديد وسائل الإعلام المستعملة للإعلان وكلفة هذه الوسائل.
3. تصنيف مراحل استجابة الفرد للإعلان والحركة بين هذه المراحل.
4. شرح وتحديد أهداف الإعلان.
5. فهم أهمية استعمال الرسائل الشفوية في الإعلان عن الخدمة الصحية ومتطلبات الاستعمال الفعال لهذه الوسيلة.
6. توضيح الاختلاف بين نشاط العلاقات العامة ونشاط التسويق ودور العلاقات العامة في تحقيق أهداف التسويق.
7. تحديد أدوات الاتصال التي تستعملها العلاقات العامة.
8. توضيح أهمية وكيفية بناء علاقات ناجحة مع وسائل الإعلام.
9. تحديد حاجات وسائل الإعلان.
10. فهم أهمية برامج التثقيف والتوعية الصحية في الترويج الصحي والوسائل الشائعة في الترويج الصحي.

مقدمة

بقي الترويج والإعلان في الصناعة الصحية من القضايا الساخنة والجدلية بين الرفض المطلق من قبل معظم الأطباء وجمعية الأطباء الأمريكية والاستعمال على استحياء حتى عام ألف وتسعمائة وخمس وسبعين. حيث قضت المحكمة الفدرالية الأمريكية بأن تطبيق أخلاقيات المهنة الطبية (منع استجداء المرضى patient solicitation واعتبار الإعلان كذلك) مخالفاً للقوانين الفدرالية المصممة أصلا لحماية وتشجيع المنافسة في مجتمع رأس مالي يقوم على الاقتصاد الحر والمنافسة. وتبع ذلك صدور أحكام قضائية عديدة على مستوى الولاية نصت على أن منع الإعلان والترويج في الرعاية الطبية يحرم المرضى من حقهم في الحصول على معلومات حول تواجد الخدمة الطبية بما في ذلك الأنماط الإبداعية في تقديم الخدمة الطبية مثل منظمات صيانة الصحة ومنظمات المزود المفضل والنظم الطبية المحوسبة وغيرها .

إن الموقف المعادي والرافض للإعلان من قبل الهيئات الطبية عام ألف وتسعمائة وخمس وسبعين أدى إلى رفض التسويق بكليته في قطاع الرعاية الصحية. لاعتقادهم الخاطئ بان التسويق هو إعلان وترويج واستجداء للمرضى وبيع للخدمة الصحية. واتخذت المستشفيات ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى نفس الموقف المعارض انسجاما مع موقف المهنيين الصحيين لاعتماد المستشفيات عليهم في إنتاج وتقديم الخدمات.

والتزاما بأحكام القضاء الآنف ذكرها امتنعت جمعية الأطباء الأمريكية (AMA) من التدخل في الممارسات الإعلانية والترويجية التي يمارسها الأطباء إلا إذا كان الإعلان يقدم معلومات كاذبة وخادعة بشكل واضح. كما أصدرت

جمعية تسويق المستشفيات والعلاقات العامة التابعة لجمعية المستشفيات الأمريكية (Alla) دليلا إرشاديا لممارسة نشاط الإعلان في المستشفيات تضمن خمسة أسباب للإعلان هي:

1. إعلام الجمهور بتواجد الخدمة يؤدي إلى زيادة استعماليتها وزيادة كفاءة استعمال الأجهزة والمعدات الرأسمالية.
2. التثقيف الصحي للعامة وترقية المستوى الصحي وتبني سلوكيات صحية ايجابية لدى الأفراد.
3. الوفاء بالمسؤولية الأخلاقية والأدبية نحو المجتمع فيما يتعلق بحسن استعمالية الموارد المتاحة.
4. الحصول على الدعم المعنوي والمالي من المجتمعات المحلية والجهات الداعمة لقطاع الرعاية الصحية.
5. استقطاب العناصر البشرية الجيدة للعمل في منظمات الرعاية الصحية.

كما حدد الدليل مواصفات المحتوى الإعلاني المقبول وهي الصدق والدقة والأمانة. وقد أخذت الكثير من المستشفيات والأطباء باستعمال الإعلان والترويج للخدمات منذ منتصف الثمانينات من القرن العشرين الماضي كنتيجة لتخفيف القيود القانونية على الإعلان، وبسبب التوجه الرسمي نحو الخصخصة والدفع باتجاه تبني ميكانيكيات السوق وتشجيع المنافسة بين منظمات الرعاية الصحية لتحسين أداء القطاع عموما.ففي عام 1983م تم تطبيق ما سمي باقتصاديات ريجان (الرئيس الأمريكي رونالد ريجن) حيث تم تطبيق طريقة التعويض المسبق (Prospective payment) (مبلغ محدد بشكل مسبق لكل تشخيص مرضى) كبديل لطريقة تعويض المستشفيات والأطباء على أساس

الكلفة (Cost-based rimbursment) لقاء الخدمات التي تقدم للمرضى المؤمنين ببرامج التأمين الصحي الحكومية وهم كبار السن والفقراء (Medicare & mdicaid) .

الأمر الذي دفع الأطباء والمستشفيات للاهتمام بكفاءة التشغيل واحتواء الكلفة. واستعمال تقنيات التسويق الحديث وبشكل غير مسبوق في الصناعة الصحية. فتم توظيف تقنيات التسويق التي أثبتت نجاحات واضحة في قطاع الأعمال كاستعمال الكوبونات لترويج الخدمات وزيادة الطلب عليها والإعلان السعري لأرباب العمل وشركات التأمين وغيرها من الجهات المشترية للخدمة على نطاق كبير. والإعلان السعري الموجه مباشرة للمستهلك. ومع تزايد الخبرة التسويقية للمستشفيات والأطباء وزيادة خبراتهم في الاستثمار في الإعلان تزايد استعمال وتوظيف الإعلان في الترويج للخدمات وبصوت وصورة أكثر جراءة. وتم تضمينه في إستراتيجية الاتصال مع البيئة الخارجية مما ساعدها على النمو والاستمرار في بيئة ضاغطة من حيث تراجع الإيرادات ونقص الموارد وتنافسية حادة غير مسبوقة في الصناعة الصحية. بما فيها من تهديد حقيقي وفرص للاستمرار والنمو. يتناول هذا الفصل الجهود الترويجية في المستشفيات من حيث

1. الإعلان وترويج المبيعات.
2. الاتصال الشفوي.
3. العلاقات العامة.
4. الترويج الصحي.

1. الإعلان

يعرف الإعلان كمفهوم بالاتصال غير الشخصي باستعمال وسائل الإعلام المدفوعة الأجر. وتتضمن:

أ. الوسائل المطبوعة كالصحف والمجلات.

ب. الوسائل الالكترونية قبل الراديو والتلفزيون وشبكة الانترنت.

ج. الإعلانات الخارجية (البوسترات المطوية واللوحات الثابتة، والمتحركة على المركبات لوحات السماء (Sky writing).

د. القطع التذكارية وهي (الهداية والتقويم السنوي والرزنامة) أدوات المكاتب والكرتات وغيرها.

ه. الصفحات الصفراء في دليل الهاتف والمنشورات.

و. رسائل البريد المباشر.

وتستعمل هذه الوسائل للإعلان عن خدمة معينة أو خدمات (صنف)، ولنشر المعلومات عن خدمة معينة أو حدث معين (معرض صحي مثلا) وإعلان المبيعات (الحصول على الخدمات بسعر ما في نطاق زمني محدد). وغيرها من الأهداف الترويجية مثل الإعلان لأغراض اجتماعية، كمحلات مكافحة التدخين والكحول والمخدرات. ولدعم الأعمال الخيرية كجمع التبرعات والمنح للأنشطة التطوعية. كما تستعمل للإعلانات الرسمية لترويج استعمال خدمة أو منتج ما مثل خدمات تنظيم الأسرة وموانع الحمل والإعلانات النقابية للحصول على خدمة معينة أو للمشاركة في تقديم خدمة مجانية كالأيام الطبية المجانية وغيرها.

إن اختيار وسيلة الإعلان الملائمة أمر في غاية الأهمية. ويأتي بعد تحديد السوق المستهدف. فلكل سوق ما يلائمه من وسائل وعند تطوير البرنامج الإعلاني لابد لمدير التسويق من تحديد أهداف التسويق والتي تنبثق من قرارات سابقة تحدد السوق المستهدف من الإعلان والمركز السوقي للخدمة المعلن عنها ومقدار الاستجابة المتوقعة أو المرغوب تحقيقها. ويمكن تصنيف استجابة الفرد في السوق المستهدف للإعلان في احد الحالات الثلاثة التالية:

1. مرحلة الإدراك العقلي (الوعي والمعرفة بالخدمة المعلن عنها).
2. التأثر العاطفي بالإعلان (تفضيل الخدمة المعلن عنها على غيرها والقناعة بأنها الأفضل).
3. المرحلة السلوكية (الفعل والتصرف في عالم الواقع كقرارات استعمال الخدمة).

ويهدف الإعلان إلى نقل المستجيب إلى المرحلة الثالثة. ومن النادر أن يتحقق هذا في رسالة واحدة. وعادة يحتاج المعلن إلى أكثر من رسالة واحدة لتحريك الفرد المستهدف إلى السلوك المستهدف(قرار استعمال الخدمة).

وجدير بالذكر أن المستجيب قد لا يتحرك بالتدرج بين هذه المراحل الثلاثة. فقد ينتقل مباشرة من مرحلة الوعي والمعرفة إلى مرحلة السلوك الفعلي(استعمال الخدمة). وعلى ذلك لابد للمتصل (المعلن) أن يحدد المرحلة التي يوجد بها العميل ثم تصميم الرسالة الثانية لنقله إلى المرحلة الأخيرة.

أهداف الإعلان

عند اختيار الإعلان كوسيلة للترويج لابد من توضيح الغرض منه. وذلك لتسهيل تقييم أدائه ونتيجته وتبرير كلفته. وقد يكون واحدا أو أكثر من الأغراض التالية:

أ. إعلام وتعريف السوق المستهدف بتواجد الخدمة (Availability) وكيفية استعمالها أو منالها (Access)

ب. نقل رسالة مزود الخدمة إلى العميل المنتظر(السوق المستهدف) والتي تبين اهتمامه وحرصه على تلبية حاجته سواء أكان العميل مريضا أو طبيبا (المرضى والأطباء كلاهما زبائن مستهدفين للمستشفى).

ج. تحفيز الطلب على الخدمة القائمة.

د. تقديم خدمة جديدة.

ه. إعلام السوق المستهدف بسعر الخدمة.

و. كسب ثقة وولاء الجمهور المستهدف.

ز. الترويج لبرامج وأنشطة وخدمات متخصصة.

ح. التعريف بالتغير الذي قد يحصل في خدمة أو برنامج قائم.

كلفة الإعلان

تختلف كلفة الإعلان باختلاف الوسيلة المستعملة. كما تختلف باختلاف الحيز المطلوب على صفحة الجريدة أو المجلة. ومدة البث على الهواء (راديو وتلفزيون). كما تشمل كلفة كتابة النص وإنتاج المادة عند إنتاجها خارج المستشفى. ولابد من اخذ كلفة الإعلان في الاعتبار عند تحديد سعر الخدمة

المعلن عنها. وتضمينها في موازنة التسويق. كذلك لابد من الأخذ في الاعتبار قدرة الخدمة المعلن عنها على توليد إيراد يفوق كلفة الإعلان على الأقل. فمن غير المعقول إنفاق مبالغ كبيرة لتحفيز الطلب على خدمة لا يغطي إيرادها كلفة الإعلان عنها. أو الإنفاق على الإعلان لزيادة الطلب على خدمة لا يتوفر لها طاقة إنتاجية زائدة لامتصاص الزيادة المتوقعة للطلب عليها.

2. الرسائل الشفوية

من المعروف في أدبيات علم الاتصال أن الكلمة المنطوقة من الفم لها تأثير كبير ومباشر على المستقبل. وتتفوق قيمتها على صفحة من الكتابة. وتعتبر من أكثر وسائل الاتصال فعالية في تسويق الخدمة الصحية.وتشير نتائج الدراسة التي قام بها المؤلف (نصيرات، 2000) حول معايير اختيار المرضى للمستشفى كمكان للعلاج أن الرسائل الشفوية مثل (توصية العائلة والأقارب والأصدقاء وطبيب العائلة أو الطبيب المختص) هي الأكثر تأثيراً على قرار الاختيار. كما تؤثر الخبرة السابقة في التعامل مع مصدر الخدمة سواء أكانت الخبرة الذاتية أو خبرة الأقارب والمعارف أو خبرات الآخرين والتي تصل من خلال الحكايات والمرويات وقصص الأخبار المنشورة. حيث تؤثر على قرار الاختيار أكثر من المادة الإعلانية المقروءة أو المسموعة أو المرئية. ويتضمن الاستعمال الفعال لهذه الأداة المراحل التالية:

أ. تحديد الفئة المستهدفة كمصدر للرسالة الشفوية ودرجة ولائهم لمزود الخدمة مثل (الأطباء، المرضى السابقون، الشخصيات العامة ، قادة، الرأي العام، النجوم، الوالدان، الخ...) وتحديد درجة تأثيرهم على صانع القرار.

ب. تحديد صانع القرار في الفئة المستهدفة. فعلى سبيل المثال لو كانت الفئة المستهدفة العاملون في الصناعة والأعمال فقد يكون صانع القرار لاختيار المستشفى كمكان مفضل لمديري الأعمال أو مديري صناديق التامين أو المديرين الماليين، أو مديري العلاقات العامة أو الأطباء العاملين لدى أرباب العمل والصناعة.

ج. تشجيع أشخاص ومصادر محددين ممن لديهم القناعة بأن مزود الخدمة هو الأفضل للمشاركة بجهود إيصال الرسائل الشفوية والحديث عن المزود وتزكيته.

د. تحسين فعالية ناقل الرسالة الشفوية بتقديم الحوافز المادية والمعنوية لهم لتشجيعهم على بذل جهود أكبر وتزويدهم بالمعلومات المراد نقلها إلى صانع القرار.

إن من أهم الأشخاص الذين يمكن أن يعول عليهم للترويج للمستشفى هم الزبائن الذين استعملوا خدماته وتكونت لديهم خبرة ايجابية ودرجة عالية من الرضا والإعجاب. وعلى ذلك لا بد للمستشفيات من الحرص والاهتمام برضا الزبائن (المرضى، الأطباء). وكذلك الزبائن الداخليين للمستشفى (العاملون في المستشفى). فإذا كان الزبون راضيا وتمكن المستشفى من كسب ولائه يمكن أن يساهم في ترويج خدمات المستشفى إلى حد بعيد والعكس صحيح. فالخبرات السلبية في التعامل ستؤثر سلباً على سمعة المستشفى وقدرته على اجتذاب الزبائن. وجدير بالذكر هنا أن الأطباء هم من أكثر الزبائن أهمية للمستشفى فهم مصدر رئيس لتحويل المرضى للمستشفى. ولا بد من تقديم الحوافز لهم للقيام بذلك بصفتهم وكلاء للمرضى وغالبا ما ينصاع المرضى لخيارات أطبائهم.

3. العلاقات العامة

تعتبر العلاقات العامة أداة اتصال على درجة كبيرة من الأهمية لتحقيق الأهداف التسويقية للمستشفى والترويج لخدماته. وخاصة في المستشفيات الأردنية والعربية حيث تمارس أنشطة تسويقية محدودة بسبب ضعف إمكاناتها وعدم قدرتها على إنشاء أقسام تسويق متخصصة إما لعدم توفر مثل هذه الكوادر أو لمحدودية مواردها. كما أن البعض الآخر يمارس بعض الأنشطة التسويقية على استحياء وترقب تحسبا لردة الفعل المحتملة والرافضة لممارسات التسويق من قبل نقابات الأطباء والجمعية الأردنية للمستشفيات.

كل ذلك يترافق مع عدم وضوح الموقف القانوني تجاه تسويق وترويج الخدمات الصحية والمرفوض من قبل أخلاقيات المهنية الطبية. إن مجمل هذه الأسباب تجعل من أقسام العلاقات العامة في المستشفيات مرشحا بديلا ومؤهلا لتحقيق الأهداف التسويقية في المستشفيات الأردنية والترويج لخدماتها إذا ما أحسنت هذه المستشفيات اختيار موظفي العلاقات العامة وتدريبهم وتزويدهم بالمعلومات المراد إيصالها إلى وسائل الإعلام والفئات المستهدفة في المجتمعات المحلية. وجدير بالذكر أن خريجي كليات الصحافة والإعلام هم الفئة المؤهلة أكثر من غيرها للقيام بالترويج لأنشطة المستشفى والاتصال مع وسائل الإعلام ومنظمات المجتمع المدني والرسمي.

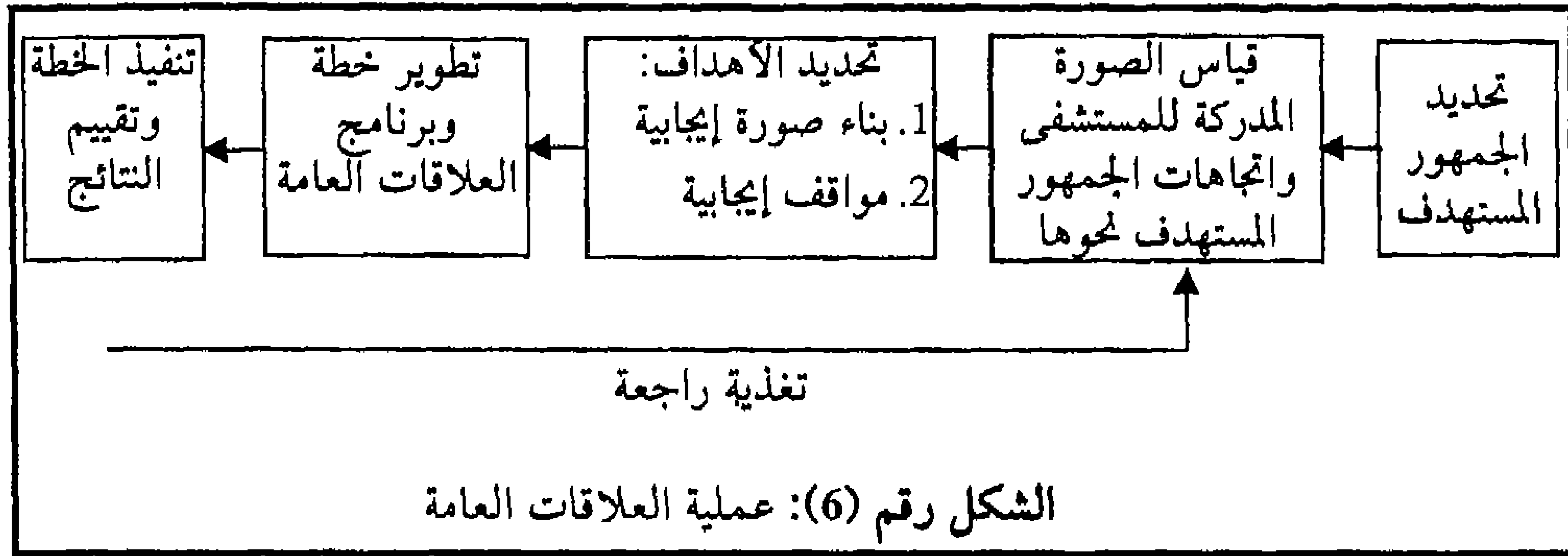
ورغم ما قد يبدو من تقاطع بين نشاط العلاقات العامة ونشاط التسويق في مجال الاتصال، فالعلاقات العامة هي أداة اتصال تخدم الأهداف التسويقية وتتكامل مع مهمة أقسام التسويق في منظمات الرعاية الصحية رغم الاختلاف الواضح بين المفهومين والنشاطية من حيث:

أ. العلاقات العامة أداة اتصال بينما يتضمن التسويق تحديد حاجات ورغبات الزبائن ومن ثم تطوير الخدمة على أساس الحاجات التي يتم تحديدها. وهذا لا يعني أن العلاقات العامة لا يمكنها تحديد حاجات الزبائن وتطوير الخدمات التي تلبي هذه الحاجات إذا ما تم اختيار العاملين المؤهلين وتدريبهم كما تقدم ذكره.

ب. تركز العلاقات العامة على التأثير على الاتجاهات والمواقف للفئات المستهدفة وتحويلها إلى مواقف إيجابية تجاه المستشفى وخدماته وبرامجه. بينما يركز التسويق على أحداث السلوك المقصود أو المرغوب وهو الإقبال على الخدمة باستعمالها والانتفاع بها وتكرار استعمالها مستقبلا.

ج. لا تحدد العلاقات العامة أهداف المستشفى بينما يعتبر التسويق مكوناً هاماً وأساسياً في التخطيط الاستراتيجي للمستشفى. حيث يشارك في تعريف رسالة المستشفى وأهدافه وأسواقه المستهدفة والبرامج والأنشطة التي سيتم تقديمها. ويقوم بوضع إستراتيجية التسويق التي تحقق الأهداف الإستراتيجية.

إن هذه الفروقات الواضحة بين العلاقات العامة والتسويق لا تعني أنهما نشاطين منفصلين فحقيقة الأمر أن العلاقات العامة كأداة اتصال هامة تخدم تحقيق الهدف التسويقي إلى حد كبير. وفي حالات كثيرة تقوم وبنجاح بمهام وأنشطة التسويق في حالة عدم وجود جهاز للتسويق في المستشفى لسبب أو لآخر ويبين الشكل رقم (6) عملية العلاقات العامة.



الشكل رقم (6): عملية العلاقات العامة

وفيما يلي استعراض لـلأدوات الاتـصالية الـتي يمكـن للعلاقـات العاملـة استعمالها لتحقيق الأهداف التسويقية.

وهذه الأدوات التسويقية:

أ. المادة المكتوبة.

ب. المادة السمعية البصرية.

ج. هوية المستشفى.

د. الأخبار والقصص الإخبارية.

ه. الأحداث والمناسبات.

و. الخطب (محاضرات، دروس، ندوات، مؤتمرات).

ز. خط هاتف المعلومات والخط الساخن.

المادة المكتوبة

يمكن أن تستعمل المستشفيات هذه الأداة الإعلامية بشكل واسع ومكثـف للاتصال مع الجمهور المستهدف لفائدتها الكبيرة، وكلفتها المتدنية، ولعدم إثارتها للحساسية التي قد تواجه استعمال أنشطة الترويج الأخرى. وتـشمل المطويـات، والنـشرات، التقـارير الـسنوية والدوريـة عـن الأنـشطة والخـدمات و الـبرامج،

النشرات الدورية للعاملين، النشرة الدورية للأطباء، والمطبوعات الموجهة للمجتمع.

وعند استعمال أي من هذه الأدوات لابد للعلاقات العامة أن تأخذ في الاعتبار الغرض المراد تحقيقه والإخراج الجيد لها (سهلة القراءة، ممتعة، احترافية) وكلفتها.

الوسائل السمعية البصرية

وتشمل المادة العلمية والشفافيات والأشرطة. ورغم ارتفاع كلفة هذه الوسيلة فهي عظيمة الأثر لذلك لابد من تحضيرها بشكل احترافي لتأثيرها الكبير على المشاهد ايجابيا. فأي خلل أو ضعف في السمعية (الصوت) والبصرية (الصورة والرسم) قد تسيء إلى وتشوش على المادة العلمية المراد إيصالها حتى ولو كانت متميزة.

هوية المستشفى

وتشير إلى الهوية المرئية للمستشفى التي يدركها الجمهور الخارجي والعملاء. وتنتقل هذه الهوية من خلال أدوات الإعلام الدائمة للمستشفى مثل شعار أو رمز المستشفى، القرطاسية والنماذج المستعملة في العمل اليومي، المطويات، اللوحات، بطاقات الأعمال، الزي الموحد للعاملين. فعندها تكون هذه الأدوات جذابة ومتميزة ويسهل تذكرها فإنها تخدم كأداة تسويقية جيدة. وعدم الاهتمام بها ينقل صورة مشوشة ومرتبكة للمستشفى لدى المتعاملين معه، ولدى الجمهور العام. ولضمان تقديم صورة منسقة للمستشفى لا يجوز أن يترك للأقسام والأنشطة المختلفة حرية اختيار الأدوات التي يستعملونها. ولا بد من إخضاع كل هذه الوسائل لجهة واحدة وهي العلاقات العامة.

أخبار المستشفى

إن احد أهم واجبات العلاقات العامة هو خلق الأخبار الجيدة عن المستشفى من واقع الأنشطة والبرامج التي تقدمها، وترويجها إلى وسائل الإعلام الملائمة. ولا تقتصر الأخبار الجيدة والجاذبة على نواتج نشاط البحث العلمي في المستشفى (معرفة جديدة، تقنية جديدة أو مطورة) أو إجراء العمليات الجراحية النادرة والمعقدة. بل يمكن أن يخلق الخبر الجيد من أي نشاط آخر في المستشفى. وهذا يعتمد على مهارة وقدرات العاملين في العلاقات العامة لإدراك من يمكن أن يشكل قصة إخبارية أو خبرا جيدا. لا سيما وانه يفترض أنهم خريجو كليات الصحافة ويدركون ما يمكن أن يشكل خبرا ملائما. ويعرفون كيف يصنعون الخبر.

فعلى سبيل المثال أحد مستشفيات الأطفال الأمريكية "مستشفى جبل سيناء" في فلوريدا تعاقد مع مؤسسة تصنيع غذاء لإنتاج شوربة دجاج لتقديمها للأطفال في المستشفى بعبوات من الحجم الصغير. وحملت العبوات شعار واسم المستشفى. وقامت العلاقات العامة بالتقاط الخبر. وصاغت منه قصة إخبارية جلبت انتباه الصحافة ونشرت في أكثر من 200 جريدة في أميركا. وكان أحد العناوين في إحدى الجرائد من المؤكد أن شوربة الدجاج جيدة لك ولكنها أجود في مستشفى جبل سينا وكانت النتيجة شهرة ودعاية واسعة للمستشفى وبدون كلفة. وهنالك مقولة في أدبيات العلاقات العامة مفادها "انقل المعلومة إلى احد وسائل الإعلام وصلي لها. وأرسل الإعلان وادفع.

وهذا يشير إلى أهمية الخبر في الدعاية للمستشفى واكتساب الشهرة المجانية. إن إثارة اهتمام الصحافة بالخبر وقبولها تغطيته تحتاج إلى مهارات اتصال ومهارات تسويقية من جانب العلاقات العامة. وعلى ذلك لابد من وجود

شخص محدد وعلى درجة عالية من المهنية لإدارة العلاقات العامة مع الصحافة ولتحمل مسؤولية كل ما يصدر عن المستشفى من أخبار أو معلومات.

الأحداث الهامة Events

يمكن للمستشفى زيادة قيمة الخبر وجذب اهتمام الصحافة بخلق أو صنع الأحداث التي تجتذب انتباه الجماهير المستهدفة. وتشمل الأحداث الهامة، المعارض الصحية، حملات جمع التبرعات والهبات، حملات لحشد الدعم المعنوي، المسابقات، المزادات، معارض بيع الكتب، المعارض الفنية، معارض التكنولوجيا والأجهزة الطبية، والاحتفالات السنوية بالأحداث المميزة، المارثونات وغيرها. فمن المعروف أن الصحافة ووسائل الإعلام تبحث عن الأخبار ذات القيمة والتي لها اثر كبير Impact ومثل هذه الأحداث تحظى باهتماماتها.

الخطب والأحاديث

يعتبر الخطاب وسيلة اتصال مع الجمهور المستهدف. وعادة ما يقدم ممثلين مختارين للمستشفى الخطب والأحاديث والبحوث في المؤتمرات وفي الاجتماعات أمام منظمات المجتمع مثل: المدارس والجامعات والنوادي والنقابات. ولزيادة تأثير وفعالية الخطاب لابد من الاهتمام بثلاثة جوانب له:

1. اختيار متكلم ذا شخصية جذابة وقدرة على الأداء والخطابة.
2. النص القوي والمكتوب بمهنية (ضرورة اختيار كاتب نص جيد).
3. تدعيم النص بالمعينات السمعية والبصرية.

خطوط هاتف المعلومات والخطوط الساخنة

تعتبر هواتف المعلومات واحدة من الأدوات الجديدة في العلاقات العامة. حيث تخصص المستشفيات خطوط هاتف للأفراد والجمهور يمكن الاتصال بها

للحصول على المعلومات المتعلقة بخدمات وأنشطة المستشفى. كما تخصص بعض المستشفيات خطوط هاتف تقدم رسائل صحية وإرشادية حول أعراض مرضية معينة وأمراض محددة. كما يقدم البعض الآخر خطاً ساخناً للمكالمات الطارئة. وتقدم المساعدة الفورية في حالات الخطر والطوارئ مثل تعاطي وإدمان المخدرات، الحوادث الخطرة (حريق، إطلاق نار، حادث سيارة، تناول مواد سامة أو خطرة من قبل الأطفال... الخ). كما توفر بعض المستشفيات خطوطاً للاتصال مع الأطباء للاستشارة ومعرفة الأمور المتعلقة بإجراءات الخدمة من حيث متى وأين وكيف وماذا وكل ما يتعلق بالحالة المرضية.

إن توفير مثل هذه الخطوط هو رسالة هامة من المستشفى للجمهور تعبر عن حرصه واهتمامه بصحة الأفراد والجماعات وتساعد على بناء صورة ذهنية ايجابية عن المستشفى ورسالته وخدماته.

العلاقة مع وسائل الإعلام

إن نجاح العلاقات العامة يعتمد على قدرتها على كسب ثقة ومودة وسائل الإعلام. لذلك لابد من بذل الجهود لتطوير علاقات تقوم على المصداقية والأمانة مع وسائل الإعلام.

وقد أصدرت جمعية المستشفيات الأمريكية دليلا إرشاديا لبناء العلاقة مع وسائل الإعلام. وركز الدليل على ضرورة وجود سياسة مكتوبة لكل مستشفى وبغض النظر عن حجمه تحكم العلاقة مع وسائل الإعلام في ما يتعلق بالإفضاء بالمعلومات والإدلاء بالأخبار. وضرورة وجود خطة عمل واضحة للتعامل مع الإعلام. وضرورة الدعم الكامل من إدارة المستشفى. وضرورة توزيعها على الأقسام والأنشطة في المستشفى. وضرورة تسمية شخص محدد من العلاقات

العامة ليكون نقطة الاتصال الابتدائية مع الإعلام وذلك لتحقيق الأهداف التالية:

أ. ضمان مصداقية وجودة المعلومات المفضى بها.

ب. ضمان حقوق المرضى فيما يتعلق بخصوصية المعلومات المتعلقة بهم.

ج. مراعاة حاجات ورغبات وسائل الإعلام.

حاجات وسائل الإعلام

لضمان فاعلية العمل مع الإعلان لابد من مراعاة حاجات الإعلام التالية:

أ. تحتاج وسائل الإعلام إلى خبر ذا قيمة حقيقية وتأثير على الجمهور.

ب. كتابة الخبر بلغة سليمة مفهومة ومقروءة من الجمهور وبعيدا عن المصطلحات الفنية والعلمية.

ج. توجيه الأخبار إلى مدراء تحرير الصحف والمعنيين بالخبر في الراديو والتلفزيون.

د. معرفة جدول عمل وسيلة الإعلام واحترام الأوقات والمواعيد المحددة.

ه. احترام حق وسيلة الإعلام عند إعطاء الحق الحصري بالتغطية لأحدها. وعدم ضرب وسيلة إعلام بأخرى.

و. تقديم ملخص مختصر وبشكل دوري عن أنشطة وبرامج المستشفى وأخباره. وخاصة الأخبار العلمية والتكنولوجية، كأخبار تفضلها الصحافة ووسائل الإعلام الأخرى.

ز. الحرص على الجوانب الإنسانية والأخلاقية للخبر والمحافظة على خصوصية المرضى وسرية المعلومات الشخصية لهم. واخذ موافقتهم عند الإدلاء

بمعلومات تتعلق بصحتهم ومرضهم. وإعطائهم فرصة للتحدث إلى وسائل الإعلام إذا رغبوا بذلك.

ح. حداثة الخبر-أي إعطاء المعلومات بينما لا يزال الحدث أو الخبر طازجا.

ولإبقاء المستشفى في دائرة الضوء الإعلامي لابد من الحرص على الظهور في وسائل الإعلام بشكل منتظم. ولابد من تدعيم النصوص والمعلومات والأحداث والمناسبات بالصور. لما لها من تأثير كبير يفوق تأثير النص المكتوب.

4. الترويج الصحي

تعتبر برامج التثقيف والتوعية الصحية التي يقدمها المستشفى على درجة كبيرة من الأهمية للترويج لخدماته وبرامجه.ولرسم صور ذهنية ايجابية عنه لدى المجتمع الخارجي. ومن الأمثلة على الأنشطة الترويجية البرامج التثقيفية التي تسلط الضوء على مشاكل صحية محددة كالسكر والسمنة وضغط الدم والسرطانات ونمط المعيشة وبرامج المحافظة على الصحة Wellness programs للأطفال والأمهات والشباب ورجال الأعمال وعيادات تشخيص الأمراض Screening clinics، وبرامج الخدمات الممتدة خارج أسوار المستشفى كالمراكز الصحية وبرامج المتابعة والرعاية المنزلية وغيرها. إن مثل هذه الأنشطة والبرامج يمكنها توصيل رسالة المستشفى بقوة للمجتمع الخارجي. وفي ما يلي بعض الأمثلة الهامة والشائعة لأنشطة الترويج الصحي.

أ. المعارض الصحية المتنقلة

تهدف مثل هذه المعارض إلى:

- تسليط الضوء على المستشفى وخدماته للتجمعات السكانية المستهدفة.

- إعلام السوق المستهدف والمجتمع ككل عن ما هو متوفر في المستشفى من إمكانات وقدرات.
- تقديم خدمات التشخيص المبكر لبعض الأمراض ذات الأولوية.
- اختبار إمكانية إضافة خدمة أو نشاط جديد في المستشفى.

وجدير بالذكر أن المعارض الصحية تقوم على ثلاثة مكونات هامة هي:

- **الجانب المعلوماتي:** حيث يقدم موظفو المستشفى معلومات عن أنشطة وخدمات المستشفى وإمكاناته وقدراته المتوفرة. مع تقديم العروض حول هذه الأنشطة. مثلا كيفية استعمال الأجهزة الذاتية لفحص السكر وضغط الدم. ويشمل الجانب المعلوماتي عرض الأفلام وأشرطة الفيديو والشفافيات عن الأنشطة والخدمات.
- **التشخيص:** ويشمل الجانب الطبي مثل الكشف المبكر عن بعض الأمراض كمشاكل النطق والسمع لدى أطفال المدارس والمشاكل الصحية ذات الأولوية في المجتمع كالسكر وضغط الدم وغيرها.
- **تقييم نمط الحياة Life-style assessment:** وهو جانب غير طبي يهدف إلى إعادة صياغة نمط الحياة وصولا إلى حياة جديدة (جدد حياتك). ويقوم على تقييم أنماط الحياة السائدة في المجتمع مثل النمط الغذائي وممارسة الرياضة والنشاط الاجتماعي وشبكة العلاقات الاجتماعية والعادات والتقاليد والسلوكيات المؤثرة على الصحة ومحاولة إدخال تغير جذري في نمط الحياة باتجاه حياة جديدة وصحة مستدامة.

ب. برامج الكشف المبكر عن سرطان الثدي

ويعتبر هذا البرنامج من البرامج والأنشطة الترويجية الهادفة للمستشفيات. وعادة ما يهدف إلى تحقيق الأهداف التالية:

أ. إدخال خدمة الكشف المبكر عن هذا المرض إلى المجتمع المستهدف.

ب. تثقيف الجمهور المستهدف حول هذا المرض.

ج. زيادة الحصة السوقية للمستشفى باجتذاب الجمهور إلى هذه الخدمة وزيادة الطلب على الخدمات الأخرى.

د. تدعيم صورة المستشفى كمؤسسة مجتمعية تهتم بصحة المجتمع.

ولإنجاح مثل هذه البرامج والأنشطة لابد أن تتضمن إستراتيجية الترويج حملة تسويق شاملة لإعلام الجمهور المستهدف بفائدة استعمال خدمة الكشف المبكر للأمراض. عن طريق توزيع المطويات والنشرات في الأماكن العامة كمراكز التسوق والحدائق العامة والنوادي النسائية ومنظمات المراءة.

كما يمكن استعمال الإعلان في وسائل الإعلام للترويج لهذه الخدمات وبحيث تتضمن المادة المكتوبة معلومات حول أهمية وفائدة الحصول على الخدمة والتأكيد على سلامة الإجراء وحرفية المهنيين الذين يقومون به وكلفة الإجراء وإجراءات الحصول على الخدمة. وتستعمل هذه البرامج لتوليد الطلب على الخدمة المحددة.كما يمكن أن تولد طلب إضافي على الخدمات الأخرى.

ج. برامج الصحة الجيدة

تركز مثل هذه البرامج على استدامة الصحة وتشمل أنشطة متعددة مثل:

أ. الصحة المهنية (أماكن العمل).

ب. صحة وسلامة وامن مكان العمل.

ج. نظم إنذار الطوارئ.

د. صحة العامود الفقري.

ه. صحة المديرين.

و. برامج اللياقة البدنية للأعمار المختلفة ولذوي الإعاقات البدنية وللنساء الحوامل.

وعادة يتم تقديم هذه الأنشطة والبرامج عن طريق إعطاء المحاضرات والدروس وعقد ورش العمل بهدف تنمية المهارات والقدرات للمحافظة على الصحة واستدامتها. ويمكن عقدها في أمكنة ميسرة كالمدارس والنوادي وأماكن العمل. ويتم الترويج لها بالإعلانات في وسائل الإعلام وعن طريق توزيع المطويات والنشرات. وهناك الكثير من برامج التثقيف والتوعية الصحية التي يمكن للمستشفى تقديمها والتي تمس مشاكل صحية يعاني منها المجتمع كمرض السكر، السمنة، أمراض القلب، السرطان، حوادث الطرق وغيرها من المشاكل ذات الأهمية والأولوية لصحة الفرد والمجتمع.

الملخص

بقيت التنظيمات النقابية للأطباء وجمعيات المستشفيات تنظر إلى أنشطة الترويج والإعلان والتسويق عموما نظرة مريبة ومعادية باعتبارها خرقا لأخلاقيات المهنة الطبية. واستمر هذا الموقف التاريخي لمهنة الطب والرافض لجهود التسويق حتى عام 1975 في أميركا.

حيث سمح الانفراج القانوني والاستعداد المتنامي لدى بعض منظمات الرعاية الصحية باستعمال تقنيات التسويق. وتزايد هذه الاستعمال مع تي

استراتيجيات التنافس وحوافز السوق كمنهجية لإصلاح الخلل واللاكفاءة التي يعاني منها القطاع. وبدأ استعمال وتوظيف الإعلان وأنشطة الترويج الأخرى في القطاع الصحي وبشكل متزايد. وقد ترافق ذلك مع توقف نقابات الأطباء وجمعيات المستشفيات عن الاعتراض على ممارسة الترويج والإعلان. مما أطلق أنشطة الترويج في الصناعة الصحية إلى حد كبير. وحددت الجمعية الأمريكية للمستشفيات أهدافاً مقبولة للإعلام وهي :

1. تثقيف وإعلام العامة بالخدمات.
2. الموجودة في المستشفيات.
3. التثقيف والتوعية الصحية.
4. الشفافية وإظهار تحمل المسؤولية للعامة حول استعمال الموارد المتاحة.
5. الحصول على الدعم المجتمعي.
6. استقطاب العناصر البشرية للالتحاق والعمل في الدعاية الطبية.

ويعرف الترويج بتطوير اتصال مقنع مع المستقبل بالرسالة باستعمال أربعة أدوات رئيسة وهي:

أ. الإعلان

ب. الرسائل الشفوية

ج. العلاقات العامة.

د. التوعية والتثقيف الصحي (الترويج للخدمات).

يتطلب الإعلان الفعال تحديد الهدف من الإعلان ومهارة عالية في كتابة وتحرير النص ومهارة في التعامل مع وسائل الإعلام وتقييم نتائج الإعلان.

وتعتبر الرسالة الشفوية الوسيلة الأكثر تأثيراً على قرار اختيار مصدر الخدمة. يعتمد عليها العملاء إلى حد كبير. ومن أهم الأشخاص للترويج لخدمات المستشفى بالكلمة المنطوقة العملاء الذين استعملوا الخدمة مثل الأطباء والمرضى. والأطباء حقيقة هم وكلاء عن المرضى ويؤثرون إلى حد كبير على قرار الاختيار.

وتعتبر العلاقات العامة أداة اتصال فعالة وذات كلفة منخفضة لتحقيق الأهداف التسويقية للمستشفى. وتستعمل وسائل الإعلام لبناء صورة ذهنية ايجابية عن المستشفى لدى العامة والجمهور المستهدف ولترويج خدماته وبرامجه.

وتختلف العلاقات العامة عن التسويق. فالعلاقات العامة هي أداة اتصال تركز على التأثير على اتجاهات ومواقف الأفراد والجماعات تجاه المستشفى وخدماته. بينما يركز التسويق على السلوك. أي الوصول بالعميل إلى قرار استعمال الخدمة والانتفاع بها (الشراء). ولا يعني هذا الفرق الواضح بين المفهومين أنهما نشاطان منفصلان فالعلاقات العامة أداة اتصال هامة توظف في المساعدة على تحقيق أهداف التسويق. ولابد من النظر إليهما من منظور تكامل وتعاون وليس تضاد. وتستعمل العلاقات العامة وسائل اتصال مختلفة مثل المادة المكتوبة، المادة السمعية البصرية، هوية المستشفى، الأخبار، الأحداث والمناسبات والخطط، وخدمة معلومات الهاتف والخط الساخن.

وكذلك فان برامج التثقيف والتوعية الصحية والترويج الصحي هي وسيلة هامة لإيصال رسالة المستشفى إلى المجتمع المعني كمنظمة مجتمعية معنية بصحة المجتمع وحريصة على ذلك. كما تساعد برامج التثقيف والتوعية الصحية والترويج للخدمات على زيادة استعمالية الموارد وتوليد الطلب على الخدمات

الجديدة. وتستعمل المستشفيات لهذه الغاية المعارض الصحية المتنقلة، برامج الكشف المبكر عن الأمراض، برامج تقييم نمط الحياة السائدة أو المعتاد لدى الأفراد والجماعات باتجاه تجديد وتغيير السلوكيات والطرق المعتادة في الحياة اليومية (جدد حياتك).

الفصل التاسع

الاتجاهات المستقبلية لإنتاج وتقديم وتسويق الخدمات الاستشفائية

الفصل التاسع

الاتجاهات المستقبلية لإنتاج وتقديم وتسويق الخدمات الاستشفائية

أهداف الفصل التعليمية

بعد الانتهاء من دراسة هذا الفصل يتوقع من الدارس الإلمام والوعي بالتطورات والتغيرات المرجح حدوثهما في بيئة الصناعة الاستشفائية وتحقيق الأهداف التالية:

1. فهم واستيعاب العلاقة بين الخصائص الديموغرافية وتخطيط البرامج والأنشطة والخدمات لضمان ملائمتها لسد احتياجات الفئات السكانية.
2. فهم العلاقة بين التكنولوجيا الطبية وزيادة فاتورة الإنفاق الوطني على الصحة وكذلك دور التكنولوجيا الطبية في تسريع وتجويد عملية التشخيص والعلاج.
3. تحديد ومناقشة التوقعات المجتمعية من مزودي خدمات الرعاية الطبية وخاصة قضية جودة الخدمات وكلفتها ومردودها الحقيقي على صحة الأفراد والجماعات.
4. فهم اتجاهات تمويل الخدمات الصحية مستقبلا وأهمية الاعتماد على إيرادات التشغيل والدور الأكبر للمواطن في المشاركة بتمويل الخدمة.
5. إدراك وتحديد الأنماط المستقبلية لإنتاج وتقديم خدمات الرعاية الطبية للمرضى وغير المرضى.
6. الإلمام باتجاهات المنافسة المستقبلية في الصناعة الصحية ودورها في ترشيد إنتاج الخدمة وتحسين كفاءتها وزيادة الطلب على الخدمات.
7. استشراف منافذ وقنوات توزيع الخدمة الطبية مستقبلا. وأهمية المنافذ في تسهيل الوصول للخدمة. وكذلك التطورات المحتملة في ما يتعلق بالمساءلة القانونية للأطباء عن نتيجة أعمالهم.

مقدمة

غطت فصول الكتاب موضوعات مختلفة ومتعددة في مجال تسويق الرعاية الاستشفائية والطبية تشكل أساسا لفهم أفضل لأهمية ودور التخطيط والتسويق الاستراتيجي في هذه الصناعة الخدمية. وسوف نقدم في هذا الفصل توقعات لأهم الاتجاهات والتطورات المرجع ظهورها في المستقبل. ومع إدراكنا لصعوبة التنبؤ في هذا الصدد لشدة تعقيد هذه الصناعة والتغيير السريع والمتلاحق الذي تشهده. إلا أننا سنحاول في الصفحات اللاحقة تفحص تسعة عوامل رئيسة سيكون لها على الأرجح تأثيرا كبيرا على إدارة وتخطيط وتنظيم وتمويل وتسويق الخدمة الاستشفائية وهي:

1. السكان.
2. التكنولوجيا.
3. التوقعات المجتمعية.
4. الموارد البشرية الصحية.
5. التمويل.
6. خدمات المرضى.
7. المنافسة.
8. التوزيع والترويج.
9. المسؤولية الاجتماعية والمسائلة القانونية.

السكان

من المعروف أن الهرم السكاني في الأردن والمنطقة العربية عموما هو هرم مقلوب. وتشكل الفئة العمرية 0-15 سنة حوالي 50٪ من السكان. والفئة العمرية 65 سنة فأكثر اقل من 3,5٪ وهذا يعني أن الطلب على خدمات رعاية الأطفال والخدمات النسائية والتوليد سيبقى مرتفعا. إضافة إلى الحاجة للاستثمار في خدمات الصحة المدرسية. فرغم انخفاض معدل الخصوبة في السنوات العشرين الماضية من 11 طفلاً لكل امرأة متزوجة عام 1985 إلى 8 أطفال تقريبا عام 2005 وإلى 6 أطفال عام 2013. فلا يزال المعدل مرتفعا. ومن غير المتوقع أن يشهد تغيرا كبيرا في المستقبل المنظور.

وكذلك الأمر لفئة كبار السن فمن غير المنتظر حدوث زيادة كبيرة على نسبتهم. وحتى لو زادت فئة كبار السن بشكل ملحوظ فتبقى مشكلة ومسؤولية عائلية وليس مشكلة طبية ومجتمعية كما هو الحال في الدول الغربية لاختلاف منظومة القيم في المجتمعات الشرقية عنها في الغربية. أما بالنسبة للطلب عن خدمات الرعاية الطبية فمن المعروف أن هاتين الشريحتين هما من اكبر الشرائح حاجة واستعمالا للخدمة الصحية.

التكنولوجيا

على ضوء المنافسة التي تشهدها صناعة الرعاية الاستشفائية وتوقع اشتدادها مستقبلا. ليس فقط بين المستشفيات الخاصة وكذلك بينها وبين المستشفيات العامة. وبين المستشفيات والأطباء . يتوقع التوسع في الاستثمار في التكنولوجيا الطبية وزيادة استعمالها من قبل الأطباء الأمر الذي سيؤدي إلى زيادة كثافة التكنولوجيا المستعملة. وبالتالي زيادة حصة الحالة المرضية من

الفحوصات والإجراءات مما سيزيد من كلفة الخدمة ويرفع من قيمة فاتورة الإنفاق الوطني على الصحة. وذلك لميل الأطباء نحو استعمال التكنولوجيا بحكم تواجدها وما يمثله استعمالها من رمز للمكانة المهنية بين الزملاء والأطباء.

ولن يقتصر التوسع في استعمال التكنولوجيا على الأغراض الطبية بل سيزيد استعمال التكنولوجيا للأغراض الإدارية (نظم معلومات محوسبة) تمكن من التنسيق بين الجوانب الطبية والجوانب الإدارية في اتخاذ القرارات وصولا إلى قرارات أكثر رشاده باستعمال الموارد وبما يمكن من اختيار البديل العلاجي الأقل كلفة لحل المشاكل الصحية.

التوقعات المجتمعية

أدت الفتوحات والانجازات العلمية المرموقة التي حققها العلم والبحث العلمي في السنوات الماضية ابتداء بتفجير القنبلة النووية في الأربعينات من القرن العشرين الماضي والنزول على القمر عام 1969 وما تلاه من غزو للفضاء وتكنولوجيا طبية غير مسبوقة إلى حالة من الانبهار المجتمعي بما يمكن للعلم أن يحققه. مما زاد من مستوى توقعات الأفراد مما يمكن أن يقدمه الطب والرعاية الطبية لهم. ووصل مستوى التوقعات والطموح إلى حد الخيال وهو الانتصار على الموت.

فالفرد يتوقع من الطب الحديث أن يوفر له كل ما يحتاجه لاستمرار صحته والمحافظة عليها. وهذا التوقع والطموح العالي من جانب المجتمع يضع الأنظمة الصحية والقائمين على الرعاية الاستشفائية والطبية أمام حرج شديد وضغط كبير للاستجابة لهذه التوقعات.

ومن ناحية أخرى الضغط على مزودي خدمات الرعاية الطبية باتجاه التركيز على المحصلات والنتائج النهائية لعملية الرعاية الطبية. فالأفراد والمجتمعات تنتظر من الطب والأطباء الصحة وليس الرعاية الطبية. الأمر الذي يستلزم إعادة النظر بالخدمات المقدمة والأولويات. باتجاه منظومة خدمات ترقى الصحة والمستوى الصحي للإفراد والجماعات بعيدا عن الطب العلاجي المرتفع الكلفة وقليل المردود بمفهوم الصحة ومؤشراتها.

وهنا يمكن توقع زيادة التركيز على خدمات الرعاية الأولية وخدمات المراكز والعيادات الطبية الخارجية وبرامج الصحة العامة والطب الوقائي وبعيدا عن الاستثمار في خدمات المستشفيات والطب العلاجي المكلف وقليل المردود بالنسبة لهدف ترقية الصحة والمحافظة عليها كهدف أساسي لأي نظام صحي.

وأخيرا وفيما يتعلق بالتوقعات المجتمعية لجودة الخدمة لابد لمزود الخدمة من إدراك الجودة من منظور العميل (رضا العميل). فالجودة من منظور العميل هو شخص من يقدم الخدمة من حيث الاهتمام والمعاملة الإنسانية الحانية والدافئة واحترام حقوق العميل والاستجابة السريعة لحاجاته.

الموارد البشرية

تشهد الصناعة حاليا فائضا في بعض العناصر البشرية ونقصا في البعض الآخر. فعلى سبيل المثال شهد الأردن ولأول مرة فائضا في عدد الممرضات والممرضين عام 2006.

وقد أشارت دراسة تقييمية للمؤلف عام 1997 (تقييم الوضع التمريضي الحالي والمستقبلي في الأردن) الى هذه النتيجة وتراكم الفائض مستقبلا وهذا الفائض سيمكن المستشفيات من اختيار الأفضل نظريا على الأقل.

والحقيقة أن قدرة المستشفيات على اختيار الأفضل والمحافظة عليه محدودة لضعف هيكل الأجور والحوافز المادية لديها بالمقارنة مع هيكل الأجور والحوافز في الجوار العربي. وخاصة السوق الخليجية الجاذبة للعمالة المؤهلة.

أما بالنسبة للأطباء فهنالك تزايد ملحوظ في عدد الأطباء في الأردن والذي يزيد عن 7 آلاف طبيب. يعمل حوالي 2000 منهم خارج الأردن. وهذا يعطي نسبة طبيب واحد لكل 800 فرد وهو معدل عالي بالنسبة لبلد مثل الأردن.

ومن المتوقع أن تنخفض هذه النسبة مستقبلا. الأمر الذي سيرفع الفاتورة الوطنية للإنفاق على الصحة في المستقبل لقدرة الأطباء على توليد الطلب على خدماتهم وقدرتهم على استهداف الدخل الذي يرغبون به.

إن زيادة عدد الأطباء يوفر فرصة أفضل للمستشفيات لاختيار الأكثر تأهيلا وكفاءة للعمل معها واستعمال تسهيلاتها. ويمكن إدارة المستشفيات من ضبط وإدارة الأطباء بشكل أفضل حيث سيميل ميزان القوة لصالح الإدارة والإداريين. كما سيؤدي الفائض إلى انتشار جغرافي اكبر وأفضل لمواقع عيادات الأطباء. واستعداد اكبر للزيارات الطبية للمنازل. وخدمات طوارئ وإسعاف أفضل. ووقت انتظار اقل في العيادات ومواعيد أيسر واقرب للحصول على الخدمة. ومنافذ توزيع أكثر واقرب للتجمعات السكانية. أما بالنسبة لتوزيع الأطباء على التخصصات الطبية فمن المتوقع أن تعدل قوى السوق (العرض والطلب) من اختلال توزيع الأطباء حسب التخصص. فمن المتوقع أن يتراجع عدد الأطباء في التخصصات الدقيقة مثل أمراض وجراحة الأعصاب والقلب.

فمن المعروف أن الطبيب الواحد في هذه التخصصات يحتاج إلى قاعدة سكانية لا تقل عن 100 ألف فرد لتوليد حجم عمل يومي له. كما يتوقع إقبالاً

متزايداً على تخصصات طب الأسرة والرعاية الأولية والطب البديل. وسيبقى الأطباء من أهم الأسواق المستهدفة للمستشفيات.

أما بالنسبة للعمالة شبه الماهرة كعمال الفندقة والغذاء والتغذية،التدبير المنزلي، المغسلة والصيانة،الملفات والتسجيل الطبي وغيرها فسيكون هنالك نقص فيها. وسيكون من الصعب على المستشفيات اجتذاب العاملين في هذه المجالات للمنافسة المتوقعة عليهم من قبل الصناعات الخدمية الأخرى في الأردن وفي دول الجوار، كصناعة الطيران ، والغذاء والفنادق والمطاعم وغيرها. الأمر الذي يستلزم تقديم حوافز مادية لاجتذابهم والمحافظة عليهم.

أما بالنسبة لإدارة المستشفيات فمن غير المتوقع تنازل الطبيب ذي القبعتين عن مقعد القيادة (قبعة الطب وقبعة الإدارة). وبسبب الضغوط المالية المتزايدة التي تواجهها الصناعة الصحية واشتداد المنافسة والتهديد الحقيقي لاستمرار وبقاء المستشفى فمن المتوقع أن تتجه المستشفيات نحو استقطاب وتوظيف مديرين متخصصين في مجال الإدارة الصحية والتخطيط المالي والتخطيط والتسويق الاستراتيجي مع تزايد المنافسة في السوق الاستشفائي، والتوجه المتزايد نحو تبني التخطيط والتسويق الاستراتيجي. لتحسين كفاءة التشغيل واستعمال الموارد في ظل الظروف التنافسية. والظروف المالية الضاغطة المهددة للبقاء والمحددة للنمو.

التمويل

أما في مجال التمويل فيمكن توقع ما يلي:

1. تزايد الضغوط من المرضى(الدفع الذاتي) ومن الجهات الدافعة للفاتورة الاستشفائية (الحكومة، صناديق التأمين، أرباب العمل) لاحتواء الكلفة

المتزايدة للخدمة مع التأكد من الجودة. كما يتوقع إعادة النظر في طريقة تعويض المستشفيات على أساس الكلفة إلى طريقة للدفع المحدد مسبقا. كما يمكن أن تشهد أسعار تفاوضية يتم الإنفاق عليها بين المستشفيات والطرف الثالث الدافع للفاتورة.

2. الاعتماد المتزايد للمستشفيات على مصادر التمويل الذاتي المتحصل من إيرادات التشغيل. وتغير في سياسات التسعير باتجاه سياسة تعظيم الإيرادات. ولتحقيق ذلك ستتوجه المستشفيات إلى تبني متزايد للتخطيط والتسويق الاستراتيجي ولتحسين فعالية وكفاءة عمليات التشغيل. وستركز على العائد من الاستثمار بشكل اكبر عند اتخاذ القرارات المتعلقة بخدمة ما.

ومن المتوقع أن تلجأ المستشفيات في القطاع الخاص إلى مزيدا من التمويل من المصادر الخارجية لعدم كفاية الإيرادات للتوسع في الخدمات أو الاستثمار في البرامج والخدمات الجديدة. ومن المتوقع استجابة النظام المالي لحاجات المستشفيات الصغيرة لتمويل رأس المال بظهور سوق مالي للأعمال الصغيرة والتي تندرج تحتها معظم المستشفيات في الأردن. وكذلك من المتوقع ظهور أنماط جديدة لتمويل وإنتاج الخدمة تجمع بين وظيفتي الإنتاج والتمويل كالتأمينات التي تقدمها بعض المستشفيات.

خدمات المرضى

من المتوقع بروز توجه نحو خدمات اقل كلفة كخدمات الرعاية الأولية وخدمات العيادات الخارجية والمراكز الطبية المستقلة والتابعة للمستشفيات.

وإيجاد بدائل خدمات أقل كلفة وأكثر يسرا وملاءمة للمرضى وذويهم مثل الجراحة النهارية Day surgery والجراحة المجهرية والولادة في المنزل أو في مراكز

توليد متخصصة،ومن المتوقع ظهور ترتيبات تنظيمية جديدة لتقديم الخدمات بكلفة اقل مثل منظمات المزود المفضل،ومنظمات صيانة الصحة والتي تركز على الوقاية ابتداء ومن ثم الرعاية الأولية والثانوية والمتخصصة عند الحاجة. كل ذلك بعيدا عن خدمات المرضى المنومين في المستشفيات لارتفاع كلفتها.

ومن المتوقع أن تقوم المستشفيات والأطباء بالترويج لهذه الخدمات بشكل مباشر للمرضى والجمهور المستهدف. وربما استعمال الإعلان السعري إلى جانب الإعلان عن الخدمة. ومن المتوقع اهتمام اكبر من قبل مزودي الخدمات ببرامج التوعية والتثقيف الصحي. وبرامج تقييم أنماط الحياة الهادفة إلى تغيير السلوكيات السلبية المسيئة للصحة وتبني السلوك الايجابي لتعزيز وترقية الصحة. فالمرضى والأصحاء سيركزون مستقبلا على طلب الصحة أكثر من طلبهم للرعاية الطبية. ومن المتوقع أن يجد هذا التوجه استجابة من منتجي الخدمات عند التخطيط للخدمات الجديدة.

المنافسة والترويج

يمكن توقع التطورات التالية داخل الصناعة الاستشفائية والطبية:

1. من المتوقع تزايد حدة المنافسة بين مزودي الرعاية الطبية والاستشفائية وربما يشمل ذلك المنافسة السعرية.
2. التوجه نحو تمييز الخدمة باتجاه تحقيق ميزة تنافسية والتركيز بشكل اكبر على جودة الرعاية وخاصة فن الرعاية (التفاعل والعنصر الشخصي).
3. إقبال متزايد على استعمال أساليب وتقنيات التسويق الحديث كالترويج للخدمات باستعمال وسائل الاتصال المختلفة.
4. تبني مفهوم التسويق الحديث كأساس للتنافس والاستجابة لما يريده العملاء.

الوصول للخدمة وسهولة منالها (قنوات التوزيع)

ستشهد الصناعة على الأغلب تطورات هامة فيما يتعلق بمنافذ توزيع الخدمة وتيسير الوصول لها كما يلي:

1. تركيز اكبر على خدمات الرعاية الأولية من خلال الأطباء العاملون وأطباء الأسرة.
2. التركيز على خدمات العيادات الخارجية والمراكز الصحية المستقلة والعيادات الطبية المستقلة سواء كانت ممارسة طبية منفردة Solo أو ممارسة طبية جماعية Group-practice.
3. تزايد نمط الممارسة الطبية الجماعية كبديل أكثر كفاءة من الممارسة الطبية الفردية. حيث توزع الكلفة الإدارية على المجموعة مما يخفض من كلفة الإنتاج إضافة إلى تسهيل الوصول للخدمة وجعلها أكثر ملائمة للمرضى وأسرهم. خاصة إذا اشتملت الممارسة الطبية الجماعية على تخصصات طبية مختلفة ولكنها مرتبطة مثل طب الأطفال وطب النسائية والتوليد.
4. تكامل اكبر بين خدمات المستشفيات والمراكز الطبية. فمن المتوقع التوجه المتزايد للمتشفيات نحو التكامل الخلفي. ويعني ذلك ارتباط المستشفيات بشبكة من المراكز الصحية الأولية لخدمة العملاء ولضمان مصدرا لتحويل المرضى للمستشفيات.
5. اهتمام اكبر بقرارات اختيار مواقع تزويد الخدمات بحيث تكون الخدمة ميسرة وسهلة الوصول لها.
6. اهتمام اكبر بدراسة السوق وتجزئة السوق إلى فئات أو مجموعات حسب العمر، الجنس، القدرة على الدفع، نوع الخدمة... الخ.

7. توجه اكبر نحو سوق أرباب العمل وصناديق التأمين كمشترين رئيسين للخدمات.

8. توجه اكبر للترويج المباشر لأفراد المجتمع (أصحاء ومرضى) نتيجة الاهتمام المتزايد للإفراد بالصحة الشخصية (التأكد من صحة الجسد والمحافظة على الصحة).

9. اهتمام وتوجه اكبر نحو السوق العربي لاجتذاب العملاء وتنشيط السياحة العلاجية.

المسؤولية الاجتماعية والمسائلة القانونية

من المتوقع تزايد الضغوط على المستشفيات والهيئات الطبية والأطباء الممارسين للقيام بدور اكبر في مجال تحمل مسؤولياتهم الاجتماعية تجاه صحة المجتمعات المحلية التي يعمل بها الأطباء والمستشفيات. وضمان جودة الخدمات ويمكن توقع التطورات التالية:

1. تزايد الضغط المجتمعي الرسمي وغير الرسمي باتجاه خدمات صحية وطبية أكثر استجابة للحاجات الصحية وأعلى مردودا على صحة المجتمع.

وخاصة خدمات الرعاية الأولية وخدمات برامج التوعية والتثقيف الصحي والإرشاد الصحي والصحة المدرسية والصحة المهنية وسلامة وأمن أماكن العمل، وتقييم أنماط الحياة السائدة وبيان ارتباطها بالأمراض المعاصرة كالسمنة والسكر وأمراض القلب والسرطان وغيرها من الأمراض المستعصية.

والمستشفيات مهيأة لهذا وقادرة عليه. ومن غير المقبول مجتمعيا أن تقتصر خدماتها على من يطلبها داخل أسوارها.

2. الضغط المجتمعي المتزايد والتركيز على أهمية جودة الخدمات التي يقدمها المهنيون الصحيون وخاصة الجانب التفاعلي الشخصي بين مزود الخدمة ومتلقيها. وخاصة إن الرعاية الطبية ليست فقط صناعة خدمات بل صناعة خدمات إنسانية. مدخلاتها الإنسان ومخرجاتها الإنسان وتتم العمليات بواسطة الإنسان إلى حد كبير، وعلى ذلك فمن المتوقع من مزود الخدمة الطبية أن يبدي اهتماماً وحرصاً على مصلحة وصحة عملائه وان يقدم رعاية حانية ودافئة لأفراد ليسوا عاديين وفي حالة من الضعف والمعاناة والألم والقلق والخوف وعدم التأكد من نتيجة العلاج.

وعندما يقيم المريض جودة الخدمة فإنه ينظر إلى الشخص الذي يقدم الخدمة أكثر من نظرته إلى الجانب التقني والمهني للخدمة والذي يجهله ولا يستطيع تقييمه. وعلى ذلك يتوقع أن تهتم المستشفيات وبشكل اكبر بعملية اختيار وتأهيل وتدريب العاملين لديها وتحفيزهم لتقديم خدمة إنسانية بامتياز. وهذه قضية أساسية في نجاح تسويق الخدمة الصحية، فالجودة هي ما يدركه العملاء وليس ما ينتجه المنتج.

3. تزايد وعي المرضى بحقوقهم سيدفعهم إلى المطالبة بها عند المساس بها أو تعرضهم للأذى من مزودي الخدمة. سواء أكان الأذى مقصودا أو غير مقصود أو عن إهمال وتقصير أو قصور في خبرة وتأهيل مزود الخدمة. ومن المتوقع أن يشهد القضاء حالات نزاع بين مزودي الخدمة ومرضاهم.

4. من المتوقع أن تبدي المستشفيات اهتماماً اكبر لاختيار وتدريب العاملين وتحفيزهم بما يضمن مستوى عالياً من الأداء كما ستكون أكثر حرصا في اختيار الأطباء الذين يستعملون تسهيلات المستشفى أو العاملين بالراتب.

5. من المنتظر أن يتوجه الأطباء نحو مزيداً من ممارسة ما يسمى بالطب الدفاعي لحماية أنفسهم من المساءلة القانونية. وذلك بتكثيف طلب الفحوصات وعمل الإجراءات التشخيصية لمرضاهم لزيادة احتمالية التيقن من صحة التشخيص والعلاج. فمبدأ عدم التيقن الطبي يدفع الأطباء دائما نحو (إجراء اختبار آخر) Principle of medical uncertainty قبل تقرير التشخيص النهائي للمرض وبدء العلاج.

الملخص

تعتبر منظمات الرعاية الاستشفائية من اعقد التنظيمات بالمقارنة مع المنظمات الأخرى الإنتاجية منها والخدمية. وتعمل هذه المنظمات الصحية في بيئة شديدة التعقيد ومتسارعة في التغير مما يشكل تحديا حقيقيا لاستمرارها ونموها. الأمر الذي يستدعي منها تقييماً وتحليلاً مستمراً لسياقها البيئي بهدف التكيف مع التغير.

ولابد لها من التنبؤ بالأحداث المستقبلية والأنماط والاتجاهات المستقبلية في تخطيط وتطوير الخدمات التي تستجيب للحاجات المتغيرة.

ومع صعوبة عملية التنبؤ للتطورات المستقبلية فقد أمكننا تفحص تسعة عوامل سيكون لها دور كبير في رسم ملامح نظام الرعاية الطبية مستقبلا وتأثير كبير على إدارة وتخطيط وتنظيم وتمويل وتسويق الخدمة الاستشفائية .

وهذه العوامل هي:

1. السكان.
2. التكنولوجيا.
3. التوقعات المجتمعية.

4. الموارد البشرية.

5. التمويل.

6. خدمات المرضى.

7. المنافسة.

8. الترويج والتوزيع.

9. المسؤولية الاجتماعية والمسائلة القانونية.

المصادر والمراجع

1. American Marketing Association, Committee on Definitions, "Marketing Definitions: A glossary of Marketing Terms".1970.
2. Berkowitz, Eric N. Essentials of Health Care Marketing, 2010.
3. Beauchamp, Sherri. Health and Wellness Marketing: How to Get Your Clinic on the Map. 2012.
4. Cowell, D. The Marketing of Services,Heniman: London, 1984.
5. Fortenberry, John L. Jr., Cases in Health Care Marketing, 2010.
6. Gold Smith,J.C. "The Health Care Market. Can Hospitals Survive?". Harvard Business Review. Vol.,58.sep.,1990.
7. Haimowitz, Ira J. Health Care Marketing Relationships,2012.
8. Hillested, Steven G. and Berkowitz, Eric N. Health Care Marketing Strategy: From Planning to Action, 2003.
9. Hillested, Steven G. and Berkowitz, Eric N. Health Care Marketing Strategy. 2012.
10. Ireland,R. C."Using Marketing Strrategies too put Hospital on Target". Hospital Journal of the American Hospital Association, Vol., 51 June 1987.
11. Kotler, Phillp. Shalowitz, Joel and Stevens, Robert J. Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer Driven Health System.2008.
12. Kotler, Philip. Clarke, Roberta.N." Marketing For Health Care Organizations. Printice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, 1987.
13. Leone, Frank H. Marketing Health Care Services to Employers,2012.
14. Lovett, Lori and Mefford, Chuck. Brand Formation for Health Care. 2012.
15. Philips, James Winston, Marketing For Health Care Professionals, 2011.
16. Walters,C.G. and Bergiel,B.J. Marketing Channels, Scot Forsman, Glenview,1982.

Articlles/ Research Studies

1. Al-Mahmoud, Farid. Resposiveness and Resources Utilization: A Study of the Health Providing Systems of Jordan. PhD. Dissertation. Cornell University. U.S.A. 1989.
2. Battistella, Roger M., and Thomas P. Weil. National health Insurance Reconsidered : Dilemmas and Opportunities . Hospital & Health Services Administration 34 (Summer 1989) : 139-155.

3. Beck, RG. Horne, JM. Utilization of Publicly Insured Health Services in Saskatchewan Before, During and After Co-payment . Med care. 1980; 19 : 787-806 .
4. Clewer,Ann, and Perkins, D. Economics For Health Care Management.Prentice Hall, 1998, pp. 42-43.
5. Donabedien, Avedis. Aspects of Medical Care Administration. Harvard University Press.1973. pp.58-68.
6. Hemenway , D., Killen , A., Cashman , S.B., Parks, C.L., Bicknell, W.J., " Physician's Responses to Financial Incentives " , The New England Journal of Medicine , 322 , 15, 1990 , 1059-62.
7. Hillman , A.L., Pauly , M.V., Kerstein , J.J., " How Do Financial Incentives Affect Physicians Clinical Decisions and The Financial Performanceof Health Maintenance Organizations ?"The new England Journal Of Medicine , 321, 2 , 1989-86-92.
8. Liewllyn, Eden and Lay , Financial and Professional Incentives in Health Care: Comparing the UK and Canadian Experiences, The International Journal of Public Sector Management 12(1999): 6-16 .
9. Luft, H.S., Health Maintenance Organizations : Dimensions of Performance , Transaction Books, New Brunswick , NJ, 1987.
10. Martin , D.P., Diehr, P., Price , K.F., Richardson , W.C., " Effect of a Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges : a Randomized Trial ". American Journal of Public Health , 79, 2, 1989, 1628-32 .
11. Meffert, Heribert.and Rohn, Friedrike. Health Care Marketing, Journal Marketing Review, Vol.,28. No. 6. 2011.
12. McCleary, Asubonteng and Munchus, The Effect of Financial Incentives on Physicians Behavior in Health Maintenance Organizations , Journal of Management in Medicine 9. (1995).
13. نصيرات ، فريد. وضمور، هاني."الاتجاهات والواقع التسويقي في المؤسسات الصحية: دراسة تحليلية". مؤتة للبحوث والدراسات.م.12ع.1. 1997.
14. نصيرات، فريد."استعمالية الخدمات الصحية والاستشفائية : المفاهيم والمراحل والسلوكيات المرتبطة واستراتيجيا ت الضبط". مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات في الوطن العربي. القاهرة. آذار. 2002.
15. Nusairat, Farid. Assessment of Nursing Manpower Situation In Jordan: Current and Future Issues and Needed Strategies, Adm., Sciences, Dirasat, Jordan University, Vol., 31. No. 2. 2004.


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo


دار
المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo



تسويق خدمات الرعاية الإستشفائية والصحية

PITAL & MEDICAL CARE SERVICES





9 789957 069803



دار المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
شركة جمال أحمد محمد حيف وإخوانه
www.massira.jo